المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية

أكمل - الكويت

القانون
وعلاج الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات

(دراسة مقارنة للقوانين السارية)

تأليف

ل. بورتر   ع. عارف   و.ج. كوران

اهداءات ٢٠٠٢

المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب

الكويت



المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية

أكمل - الكويت

القانون وعلاج الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات

(دراسة مقارنة للقوانين السارية)

تأليف

ل . بورتر   ع . عارف   و . ج . كوران

ص. ب ٥٢٢٥ الصفاة ـ الكويت رمز بريدي 13053
هاتف ٢٤١٦٩١٥ ـ ٢٤١٩٠٨٦ تلكس ٤٤٦٧٥

هذا المطبوع نشر من قبل منظمة الصحة العالمية عام ١٩٨٦ تحت عنوان
The Law and Treatment of Drug - And
Alchohol - Dependent Persons

* * *

لغتنا العربيّة

رجعتُ لنفسي فاتهمتُ حصاتي
وناديتُ قومي فاحتسبتُ حياتي
رموني بعقمٍ في الشبابِ وليتني
عقمتُ فلم أجزع لقولِ عُداتي
وسعتُ كتابَ الله لفظاً وغايةً
وما ضقتُ عن آيٍ به وعظاتِ
فكيف أضيقُ اليومَ عن وصفِ آلةٍ
وتنسيقِ أسماءٍ لمخترعاتِ
أنا البحرُ في أحشائه الدرُّ كامنٌ
فهل سألوا الغوّاصَ عن صدفاتي
أرى لرجالِ الغربِ عزّاً ومنعةً
وكم عزّ أقوامٌ بعزِّ لغاتِ
أيهجرني قومي - عفا الله عنهمُ
إلى لغةٍ لم تتّصلْ برواةِ

حافظ ابراهيم

المحتويات

تقديم .... جـ
تنويه .... هـ

الفصل الأول: خلفية عامه

١-٢ تمهيد ١
١-٢ غرض ونطاق الدراسة ٣
١-٣ منهجية الدراسة ٥
١-٤ دراسات سابقة لمنظمة الصحة العالمية ٨

الفصل الثاني: برامج العلاج

٢-١ التعويل على المخدرات ١٧
٢-٢ التعويل على الخمر ٢٧
٢-٣ اتجاهات مستقبلية ٣٣

الفصل الثالث: الدراسة المقارنة للقانون

٣-١ عام ٣٥
٣-٢ التعريفات القانونية للتعويل على المسكرات والمخدرات ٤٦
٣-٣ التعريفات القانونية لوسائل العلاج ٤٩
٣-٤ الحجز المدني الاجباري ٥٠
٣-٥ التحويل إلى العلاج من نظام القضاء الجنائي ٦٩
٣-٦ التبليغ الاجباري ، السجلات المركزية ، الاختبار المعملي، والمراقبة الاجتماعية ٨٢
٣-٧ القوانين الحديثة والقوانين التي لازالت قيد الدراسة ٩٣

٣ـ٨ النظم التشريعية الاتحادية ١٠٤
٣ـ٩ المعاهدات الدولية والتشريعات الوطنية ١٠٨
٣ـ١٠ التعاون الإقليمي ١١٢
٣ـ١١ دور الهيئات الوطنية للاستشارات والتنسيق ١١٤

الفصل الرابع : المبادىء الأساسية للتشريع
بشأن التعويل على المخدرات والمسكرات

٤ـ١ تمهيد ١٢٥
٤ـ٢ البنية القانونية الأساسية ١٢٦
٤ـ٣ العمل مع الجهات التشريعية ١٣٣
٤ـ٤ تقييم القانون ١٣٤
٤ـ٥ آليات المراجعة ١٣٥
٤ـ٦ تطوير القانون ١٣٩
٤ـ٧ معايير للنصوص القانونية ١٤٣
٤ـ٨ الدخول في العلاج ١٤٥
٤ـ٩ التحويل للعلاج من نظام القضاء الجنائي ١٥٠
٤ـ١٠ المحافظة على السريّة ١٥٢
٤ـ١١ الروابط مع الخدمات الصحية الأخرى ١٥٢
قائمة المراجع ١٥٥

الملاحق

ملحق ١ ـ قائمة المشاركين ١٥٩
ملحق ٢ ـ ملخص القوانين ١٦٢
٢ـ١ الحجز المدني الاجباري ١٦٢
٢ـ٢ التحويل إلى العلاج من نظام القضاء الجنائي ٢٣٧
٢ـ٣ التبليغ الاجباري ، السجلات المركزية ، الاختبار المعملي ،
والمراقبة الاجتماعية ٢٦٩
ملحق ٣ ـ ببليوجرافيا مختارة ٢٩٠

تقـــديـــم

معالي الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

الأمين العام للمركز

ورئيـس مجلــس الأمنــاء

لقد اتخذ القرار بأن يشمل برنامج المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية هـذا الكتاب الـذي أصدرتـه منظمـة الصحة العـالمية، نـظرا لارتباط الكتـاب بالمجالات الصحية والمجالات القانونية معا في نص واحد .

وهذا الكتاب فريد من نوعه لأنه من النادر توفر الكتب التي تتناول الطب والقانون في آن واحد حيث يتعامل الكتاب مع القوانين والتشريعات العالمية المتصلة بمكافحة مشاكل الإدمان على المخدرات والمسكرات وأساليب القضاء عـلى هذه المشاكل من وجهة النظر القانونية .

ويشتمل الكتاب على موقف التشريعات القانونيـة في اثنين وأربعـين دولة اضافة إلى منطقة مميزة بوضعها العالمي وهي (منطقة هونج كونج) حيث يتم التركيز فيها على الوسائل التي بواسطتها يستطيع القانون أن يضـع البرامـج والأساليب لمعالجة المعولين على المخدرات والمسكرات شاملة للعقاقير المخدرة والمواد المنشطة نظرا لأن العلاج هو أحد طرق السيطرة على انتشار مواد هذه التجـارة المحرمـة وتقليل عدد الأشخاص المدمنين لها .

ويهدف الكتاب إلى تحليل القوانين السارية في هذه الدول من حيث أساليب وطرق علاج الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات في بلدان مختارة وتهدف ترجمته إلى اللغة العربية إلى معاونة الدول العربية على وضع قوانينها وتشريعاتهـا الخاصة في مثل هذا المجال أو مراجعة قوانينها المتوفرة حاليا .

وإذا كان ديننا الحنيف وبيئتنا العربيةقد وفرت لنا حاجزاًأخلاقياًعميقاً منعت مشكلة المخدرات والمسكرات من الانتشار بنفس مستوى الدول الأجنبية، فإننا نأمل أيضا ـ من تقديم هذه الترجمة العربية ـ استفادة الدول العربية من تجارب هذه الدول المختارة في معالجة مشكلات المعولين على المخدرات والمسكرات وتطوير أساليب علاجهم .

وفقنا الله لما فيه خير الأمة العربية .

الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

تنويه

يشكل هذا الكتاب جزءاً من العمل المستمر الذي تقوم به منظمة الصحة العالمية لمراجعة وتحليل التشريعات المتعلقة بالأمور الصحية والتي يحتمل أن تكون ذات أهمية للدول الأعضاء. ويهدف الكتاب إلى مساعدة كافة المختصين في النواحي القانونية للبرامج التي وضعت لمكافحة والقضاء على المشكلات الصحية المرتبطة بإدمان الخمر والمخدرات، وإلى تعريف العاملين في كلا المجالين الصحي والقانوني بكل ما يرتبط بذلك من مسائل ومشكلات وفرص للبحث والتدريب والعمل.

وفي أثناء الاعداد لهذا الكتاب، جرى إستشارة إثنين وأربعين قطراً ومنطقة تابعة واحدة (هونج كونج) وحصلنا منها جميعاً على المعلومات اللازمة. وحول مضمون الدراسة، استرشدنا برأي أعضاء المجموعة الاستشارية الخاصة (انظر أسماءهم في الملحق ١) كما قدّم الخبراء من أكثر من ٢٠ قطراً مقترحاتهم وتعليقاتهم. وإنني بالنيابة عن منظمة الصحة العالمية، أتوجه بالشكر لكل من ساهم في هذا العمل، وخاصة المؤلفين، الذين أخذوا على عاتقهم هذه المهمة الشاقة لتجميع وترتيب المعلومات. وآمل بكل اخلاص أن يستمر في المستقبل هذا التعاون التام الذي قام أثناء اعداد هذه الدراسة. كما أتقدم بالشكر والتقدير للدعم والمساندة التي تلقيناها من صندوق الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والتي لولاها لما أمكن اجراء هذه الدراسة في الوقت المحدود الذي استغرقته.

ن. سارتوريوس
مدير قسم الصحة النفسية
منظمة الصحة العالمية
جنيف ـ سويسرا

الفصل الأول
خلفية عامة

١ ـ ١ تمهيد

يركز هذا الكتاب إهتمامه على الوسائل التي يستطيع القانون بها أن يفيد في وضع وتنفيذ البرامج الفعالة لعلاج الأشخاص المعّولين على المخدرات والمسكرات. ويتضمن الكتاب نتائج الدراسة المقارنة للقوانين ذات الصلة، وارشادات أساسية لتقييم فاعلية القوانين السارية، واقتراح أساليب جديدة لمراجعة وتطوير القوانين الوطنية في هذا المجال.

ويختص الكتاب مبدئياً ببحث كيفية اسهام القانون في تدعيم برامج علاج الأشخاص المعوّلين على المخدرات أو المسكرات أو كليهما معاً، كما يركز على تحليل النصوص القانونية التي تحكم إدارة برامج العلاج. والمأمول أن تتمكن مختلف الدول بعد اجراء مراجعة مقارنة بين تلك النصوص القانونية ـ من أن تحدّد بصورة فعالة ماهي التعديلات أو التغييرات ـ إن وجدت ـ التي تحتاجها في تناولها لمثل هذه الأمور.

لقد قويت الجهود العالمية لمكافحة تهريب المخدرات بصورة هامة خلال الخمسة والعشرين سنة الماضية بعد أن وضعت معاهدة ١٩٦١ الموحّدة بشأن العقاقير المخدرة ومعاهدة ١٩٧١ بشأن المواد المنشطة وتعديلاتها موضع التنفيذ. وبادرت الحكومات الوطنية ـ جزئياً ـ للإستجابة لمثل هذه المعاهدات الدولية ـ وجزئياً ـ نتيجة لإرتفاع معدلات سوء استعمال المخدرات في أقطارها، فأصدرت تشريعات استهدفت في المقام الأول القضاء على تجارة تهريب المخدرات. وكذلك

تم التوصل إلى اتفاقيات إقليمية ، مثل اتفاقية أمريكا الجنوبية «بشأن العقاقير المخدرة والمواد المنشطة» التي بدأ العمل بها في مارس ١٩٧٧ ، فكانت استجابة للحاجة الملحة إلى قيام تعاون متعدد الجنسيات. وقد اشتملت كل من المعاهدتين الدولتيين والإتفاقية الإقليمية على نصوص بشأن علاج الأشخاص المعّولين على المخدرات، حيث اعتبر العلاج واحداً من عدة طرق للسيطرة على الطلب على المخدرات لأنه يقلل عدد الأشخاص الذين يدمنون هذه المواد.

ولا تخضع الخمر وغيرها من المواد المؤدية للإدمان خلافاً للمخدرات لأي من المعاهدات أو الاتفاقيات الدولية، باستثناء اتفاقية ١٩١٩ بشأن تهريب الكحوليات في افريقيا[١].

ونظراً لأن هذا الكتاب يختص بالدرجة الأولى بعلاج الأشخاص المعّولين على المخدرات والمسكرات، فإنه لذلك لا يغطي القوانين المتعلقة بالسكر أثناء قيادة السيارة.

وإذا كانت للقوانين الخاصة بالمخدرات والمسكرات أهداف عديدة، إلا أننا نلحظ تعارضاً بين بعض تلك الأهداف من آن لآخر. مثال على ذلك أن اهداف الجهات المختصة بتنفيذ القانون، ومؤسسات الصحة العامة والشئون الاجتماعية، وأقسام الصحة النفسية ليست دائماً على وفاق في أي تشريع معين، برغم أن لكل منها مصلحة مشروعة في علاج الأشخاص المعّولين على المخدرات والمسكرات.

وعلى مدى عدة عقود من الزمن، أولت منظمة الصحة العالمية اهتماماً متزايداً بدور القانون في وضع سياسات الصحة العامة، وتخطيط وتنفيذ البرامج. كما أصدرت لجان خبراء المنظمة توصيات حول القانون في هذه المجالات. ويلعب القانون، سواء كان في صورة قوانين تشريعية أو لوائح تنفيذية أو أحكام قضائية، دوراً متزايد الأهمية في الأمور المتعلقة بالصحة العامة. ويتبين ذلك بصفة خاصة في تخطيط وتقديم الخدمات العلاجية بما فيها تلك التي تقدم للأشخاص المعّولين على المخدرات والمسكرات. وعليه فإنه من المفيد أن نقارن بين الأساليب

التي أخذت بها مختلف الدول في قوانينها في هذه المجالات، وأن نحدد ما إذا كانت هناك نصوص معينة في القوانين لتسهيل برامج العلاج.

١ ـ ٢ غرض ونطاق الدراسة

الغرض من الدراسة التي يحويها هذا الكتاب هو تحليل القوانين السارية بشأن علاج الأشخاص المعّولين على المخدرات والمسكرات في بعض البلدان المختارة بهدف مساعدة أقطار العالم في مراجعة قوانينها الخاصة وتقرير ما إن كانت تحتاج إلى تنقيح أو تعديل.

اشتملت مراجعة القوانين على مهمتين أساسيتين:

في الأول، كان يتعين فحص وتمحيص القانون بكل عناية لتحديد معناه الدقيق وتاريخه التشريعي. وكان للتعريفات القانونية والمعنى الذي قصده المشرع بعبارات مثل «التعويل على المخدرات» و «التعويل على المسكرات» و «العلاج» أهمية خاصة في هذا الصدد. وفي الثانية، استلزم أن نحدد مدى وضوح النصوص القانونية بشأن تسهيل العلاج، وكيف يتم تنفيذها حسبما يراه الجمهور والقائمين على ادارة برامج نشأت في ظلّ تلك القوانين. وقد جرى استعراض شامل للتشريعات الوطنية والمحلية، ولأحكامها ونصوصها المحددة في أقطار عديدة. ويجد القاريء نتيجة هذا التحليل القانوني المقارن في الفصل الرابع من هذا الكتاب.

ولكي نجعل الدراسة أشد فائدة على أساس مقارن، ركزنا الإهتمام حول عدد من الإتجاهات التشريعية في الأقطار التي شملتها الدراسة. اختص أول هذه الاتجاهات بالتشريعات الوطنية الحديثة والمبادرات الداعية إلى تعديل القوانين الخاصة بعلاج الأشخاص المعّولين على المخدرات والمسكرات. وتناول المجال التالي تلك النظم التشريعية المعمول بها في الأقطار التي خضعت للدراسة. أين نعثر على برامج علاجية في نظام اتحادي، أو كيف أمكن التوفيق بين القوانين الوطنية والقوانين المحلية المختلفة؟ ثم ماهو أثر المعاهدات الدولية والإتفاقيات

الإقليمية على جهود العلاج؟ اختص هذا الجانبان من جوانب الدراسة بالآتي :

أ ــ الدور الذي تقوم به الهيئات الإستشارية والتنسيقية الوطنية (مثل اللجان والمجالس).

ب ــ تنفيذ برامج العلاج، ونقاط القوة والضعف فيها.

تناولت بعض الأقطار مسألة علاج المعّولين على المخدرات والخمر من خلال استعمال قوانين متخصصة ومستقلة، والبعض الآخر عن طريق قوانين أكثر عمومية أو بادخال نصوص مناسبة على قانون الصحة النفسية أو القانون الجنائي وقد أجرينا ضمن هذه الدراسة مقارنة بين هاتين الطريقتين المختلفتين.

وقد عنينا بصفة خاصة بالنظر فيما إن كانت المصطلحات الرئيسية مثل «التعويل على المخدرات» و «التعويل على المسكرات» و «العلاج» قد جرى تعريفها في القانون، وما إذا كانت تلك التعريفات تفي بالاحتياجات الحالية. وركزنا الاهتمام أخيراً على الطرق المختلفة للدخول في نظام العلاج والوصول إلى الخدمات. ولهذه الغاية، قمنا بمراجعة ومقارنة نصوص القوانين الوطنية والمحلية التي تحكم (أ) الحجز المدني الاجباري، (ب) التحويل إلى العلاج من نظام القضاء الجنائي، (جـ) النصوص القانونية المتعلقة بالتبليغ، والتسجيل المركزي، والاختبار المعملي، والمراقبة الاجتماعية للمعولين على المخدرات والمسكرات.

وكشفت المراجعة عن شدة تنوع التناولات القانونية لمسألة العلاج، وعن تعدّد واختلاف طرق الوصول إلى الخدمات العلاجية. وكذلك وجدنا أن آليات التنسيق لمراجعة القوانين شديدة التباين ومختلفة الأهداف. . وكان واضحاً تماماً أن هناك حاجة إلى برامج فعالة للتقييم، وإلى ضرورة ايجاد التوافق اللازم بين تلك الآليات.

١ ـ ٣ منهجية الدراسة

أخذت الدراسة في اعتبارها القوانين التي صدرت حتى سنة ١٩٨٢ ولم يتناول البحث تلك التشريعات التي وردت بعد سبتمبر ١٩٨٢. ووجدنا بصفة عامة أن القوانين التي تناولتها المراجعة صدرت خلال العشرين سنة الماضية. وقد حصلنا على نسخ من تلك القوانين من المصادر التالية:

أ ــ نصوص القوانين الكاملة وملخصات لها منشورة في «المختار العالمي للقوانين الصحية».

ب ــ نصوص القوانين الكاملة التي نشرتها شعبة الأمم المتحدة حول العقاقير المخدرة.

جـ ــ مراسلات واتصالات شخصية مع المهنيين في الأقطار التي شملتها الدراسة.

د ــ مكتبات إيداع الوثائق القانونية لدى الأمم المتحدة والحكومات الوطنية.

وتم تحليل وثائق وتقارير منظمة الصحة العالمية المتعلقة بادمان المخدرات والمسكرات، كما روجعت تقارير ومطبوعات الأمم المتحدة وبخاصة تلك التي تتعلق بالمعاهدات والاتفاقيات الدولية بشأن المخدرات. وقمنا باستشارة مختلف الجهات القانونية والصحية والأفراد المعنيين، وتم الاتصال بالمراكز المعاونة التابعة لمنظمة الصحة العالمية في مجال الصحة النفسية والتعويل على المخدرات والمسكرات، وأخذنا برأيها. وكان من بين الجهات الأخرى التي طلبنا مشورتها: صندوق الأمم المتحدة لمكافحة ادمان المخدرات، وشعبة العقاقير المخدرة التابعة للأمم المتحدة، والمجلس العالمي لمكافحة المخدرات، اضافة إلى منظمة العمل الدولية والمنظمات العالمية الأخرى، والمجلس العالمي للكحول والإدمان (منظمة غير حكومية).

وشمل المسح القانوني المقارن اثنان وأربعون قطراً وأرضاً تابعة واحدة هي هونج كونج. وقد وضعت معايير الاختيار بحيث تشمل أقطاراً تختلف من حيث الخصائص الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية، والنظم التشريعية، ونمط

الخدمات الصحية، والتنمية الاقتصادية، وعدد السكان. وتضمن المسح أيضاً كلا من الأقطار التي تنتج المخدرات، والأقطار التي تدمن فيها المخدرات. وضمت الدراسة بعض الأقطار التي اصدرت تشريعات اختصت بصفة أساسية بعلاج الأشخاص المعّولين على الكحوليات (مثل المجر والاتحاد السوفيتي) وأقطار أخرى ركزت بصفة رئيسية على علاج الأشخاص المعولين على المخدرات (مثل بورما وتايلاند). وشملت كذلك عدداً ضئيلاً من الأقطار التي احتوت قوانينها على نصوص تحكم كلا من التعويل على المخدرات والكحول معاً (مثل السويد وسويسرا). وكانت هناك عدة أقطار لاتزال - في وقت اجراء هذا المسح القانوني - تنظر في مشروعات قوانين أو نصوص جديدة تتعلق بالعلاج، اضافة إلى نصوص صدرت في بعض الأقطار التي سبق لها أن سنت قوانين خاصة بشأن حظر أو مكافحة بيع وتعاطي المخدرات، والأقطار التي تستخدم قوانين الصحة النفسية كتشريع وحيد بشأن علاج التعويل على المخدرات أو الخمر.

ولم يكن عملياً - بالنسبة للأقطار ذات النظام الإتحادي - أن نقوم بتحليل القانون المعمول به في كل ولاية أو مقاطعة أو اقليم. وقررنا ألا يشمل التحليل سوى ولاية واحدة على الأقل أو ما يعادلها من الوحدات الإدارية.

وعلى ذلك كانت الكيانات التشريعية (وعددها ٥١) التي شملها هذا المسح القانوني كالآتي حسب تقسيم المناطق وفقاً لمنظمة الصحة العالمية.

منطقة أفريقيا: كينيا، مدغشقر، موريشيوس، نيجيريا، السنغال، وزامبيا.

منطقة الأمريكتين: الأرجنتين، البرازيل، كندا (الإتحادي، ومقاطعتي كولومبيا البريطانية، ونوفا سكوتيا)، كولومبيا، المكسيك، بيرو، ترينداد (وتوباجو) والولايات المتحدة الأمريكية (الإتحادي، وولاية ماساشوستس، وولاية ويسكونسن).

منطقة شرقي البحر الأبيض المتوسط: قبرص، مصر، العراق، باكستان، الصومال، وتونس.

منطقة أوروبا: فنلندا، فرنسا، ألمانيا الإتحادية (الإتحادي، بافاريا، هامبورج)، المجر، إسرائيل، ايطاليا، النرويج، بولندا، السويد، سويسرا (الاتحادي، جنيف، سانت جالين)، الاتحاد السوفيتي (جمهورية روسيا السوفيتية)، والمملكة المتحدة (انجلترا وويلز).

منطقة جنوب شرقي آسيا: بنجلاديش، بورما، الهند، اندونيسيا، وتايلاند.

منطقة غربي المحيط الهادي: استراليا (فيكتوريا)، هونج كونج، اليابان، ماليزيا، الفلبين، وسنغافوره.

وانتهينا من اعداد مسوّدة التقرير الأولى للدراسة في أواخر صيف ١٩٨٢ ومرّرناها «للمراجعة والتعليق» إلى خبراء علاج ادمان المخدرات والمسكرات، وخبراء القانون، وعدد من المنظمات الوطنية والدولية المختارة، منها: صندوق الأمم المتحدة لمكافحة ادمان المخدرات، وشعبة الأمم المتحدة للعقاقير المخدرة، والمجلس العالمي لمكافحة المخدرات، والمجلس العالمي للمسكرات والإدمان إضافة إلى كل من المكاتب الإقليمية الستة لمنظمة الصحة العالمية.

وكانت أهم مراجعة لتلك المسودة الأولى هي التي جرت أثناء اجتماع المجموعة الإستشارية الذي عقد بين ٧-١٠ سبتمبر ١٩٨٢ بجامعة هارفارد - كامبردج - بالولايات المتحدة الأمريكية بحضور ٢٣ مشاركاً بما فيهم المسئولين بالمركز الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية ومكتبها الإقليمي للأمريكتين. وشارك في الاجتماع كذلك مندوبون عن وكالات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية المعنية، والمراكز المعاونة لمنظمة الصحة العالمية (انظر الملحق ١ - قائمة المشاركين).

ووضعنا في أعقاب هذا الاجتماع مسودة جديدة تم تمريرها على نفس مجموعة الخبراء كالمرة السابقة. وأعدنا ترتيب المعلومات وتفصيلها بصورة أوسع مع زيادة التركيز على التقييم الموضوعي، ومقارنة النصوص الواردة في مختلف القوانين التشريعية. وجمعنا المادة كلها تحت ثلاثة عناوين رئيسية كالآتي:

١ ــ الحجز المدني الإجباري.
٢ ــ التحويل للعلاج من نظام القضاء الجنائي.
٣ ــ أحكام خاصة بالتبليغ الإجباري، والتسجيل المركزي، والإختبار المعملي للمدمنين والمشتبه في إدمانهم، والرقابة الإجتماعية على الأشخاص المدمنين وعلى المدمنين سابقاً.

وبناء على توصية صادرة عن المجموعة الإستشارية، قمنا باعداد مجموعة من الجداول والقوائم لعرض البيانات في شكل بسيط سهل القراءة.

وبعد الإنتهاء من تمرير المسودة المنقحة، قدّمت للمراجعة الثانية في الاجتماع الثاني للمجموعة الإستشارية لمنظمة الصحة العالمية الذي عقد بين ٥ـ٧ ابريل ٨٣ بجامعة هارفارد، وحضره ١٤ شخصاً كان بعضهم ممن شاركوا في الاجتماع الأول. وكان التمثيل الحكومي وغير الحكومي متقارباً إلى درجة كبيرة. وقامت هذه المجموعة المحدودة من خبراء برامج العلاج أو القانون أو كلاهما، بمراجعة شاملة للوثيقة، وأقرت النتائج التي تم التوصل إليها في الاجتماع الأول.

١ ـ ٤ الدراسات السابقة لمنظمة الصحة العالمية

تعتبر الدراسة التي بين أيدينا تحديثاً للمسح المقارن للتشريعات الذي أجرته منظمة الصحة العالمية سنة ١٩٦٢[٢] وكذا الدراسة التي نشرتها نفس المنظمة سنة ١٩٧٧ تحت عنوان القانون والصحة النفسية: التوفيق بين الأهداف[٣]. والتي لم تشتمل بصورة خاصة على تغطية للقوانين المتعلقة بعلاج التعويل على الخمر والمخدرات.

١ ـ ٤ ـ ١ لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية في شأن الصحة النفسية: التقرير الرابع (١٩٥٥):

أولت المنظمة منذ وقت بعيد اهتماماً ملحوظاً بالقوانين الوطنية حول الصحة النفسية والتعويل على المخدرات والمسكرات. وهكذا أكدّ التقرير الرابع

للجنة خبراء الصحة النفسية الذي صدر تحت عنوان «التشريعات ذات الأثر على العلاج النفسي»، على أن المباديء التي تحكم القوانين الجيدة للعلاج النفسي إنما تنشأ عن ضرورة ايجاد «مرافق كافية وملائمة للصحة النفسية بالإضافة إلى الحاجة لرعاية المرضى وحماية المجتمع».

وقد أشار التقرير بصفة خاصة إلى الحاجة لتشريعات تقضي بالعلاج الإجباري للمعولين على المسكرات «الذين اصبحوا خطراً على انفسهم وعلى الغير» وليس لكل المرضى ممن يعانون من التعويل على الخمر.

١ ـ ٤ ـ ٢ دراسة حول قوانين خاصة بعلاج مدمني المخدرات (١٩٦٢)

أعدت المنظمة ونشرت سنة ١٩٦٢ دراسة للقوانين السارية بشأن علاج الأشخاص المعولين على المخدرات في عدد من أقطار العالم[٢]. وأشارت هذه الدراسة إلى أن العلاج السريري الفردي غير ممكن في بعض المناطق بسبب نقص المرافق والعاملين المهنيين، وأن البديل الوحيد هو اتخاذ اجراءات أكثر حزماً توجه مبدئياً ضد مصادر الإمداد بالمخدرات.

وحتى في الأماكن التي أظهرت الأرقام الرسمية انخفاض معدل ادمان المخدرات فيها، فان أقطاراً عديدة (مثل النرويج) اعتبرت الإدمان واحداً من اخطر مشكلات الصحة العامة.

وقد لاحظت الدراسة أن مواقف الجمهور تختلف باختلاف البيئات الإجتماعية والثقافية، مما يترتب عليه أن تعتبر العقوبات المشددة ضد الادمان في بعض الأقطار مطلوبة ومناسبة بينما اعتبرت أقطار أخرى هذه «العادة» أمراً «طبيعيا». غير أنه وجد أن المواقف مهما تغيرت، إلا أنها تؤدي جميعاً إلى الاعتراف بأن مدمن المخدرات هو فوق كل شيء انسان مريض يحتاج إلى علاج وتأهيل مناسب وفعال. كذلك اشارت الدراسة إلى أن مدمني المخدرات لا يظهرون عادة ميولاً اجرامية ملحوظة، إلا أن حاجتهم للحصول على المدد اللازم من العقاقير

المخدرة يدفعهم في الغالب إلى ارتكاب مخالفات ضد القوانين المتعلقة بحظر هذه العقاقير. وفي النظم القضائية التي شملتها الدراسة، كان الإتجاه السائد هو الميل إلى اللجوء للمساعدة الإجتماعية بدلاً من اصدار أحكام السجن المعتادة التي يعاقب بها القانون مثل هذه الجرائم. وعليه فإنه رهناً بموافقة المدمن وبعض الشروط المعيّنة، لم يعد المدمن يرسل إلى السجن، وإنما تصدر المحكمة أمرها باحالته للعلاج الطبي بدلاً من ذلك (التحويل من نظام القضاء الجنائي).

قبل الدراسة التي نشرت سنة ١٩٦٢، كُتب الكثير عن طبيعة العلاج الطبي المناسب. ، وكان من رأي البعض أن الحل العملي الوحيد لمشكلة إدمان المخدرات هو اصدار «أمر الحجز الإجباري» في المؤسسات المغلقة التي تتوفر لها ظروف أمنية عالية. وقد اعتبرت مجموعة الدراسة التي شكلتها منظمة الصحة العالمية لتقصيّ موضوع العلاج الطبي والاجتماعي لمدمني المخدرات أنه «لا يجب أن تتبع في جميع الحالات تلك المفاهيم التقليدية لعلاج المرحلتين الأولى والثانية من الإدمان في مؤسسات مغلقة» وانه يجب وضع نصوص قانونية تقضي بالعلاج في المنزل، أو عيادة الطبيب، أو في العيادات الخارجية في بعض الحالات المختارة.

وذكرت دراسة ١٩٦٢ أن القوانين التي شملتها تلك الدراسة سمحت بوجه عام بالعلاج لفترات طويلة، وأن الرأي الذي أجمع عليه معظم المعلقين ممن أوصوا بالحجز الاجباري أنه لكي نمنع الإنتكاسات، فيجب أن يمتد العلاج لفترة طويلة (سنتين إلى ثلاث سنوات)، وأنه يجب أيضاً أن تمتد فترة التأهيل والعلاج النفسي مدة طويلة يتبعها مراقبة صارمة لمنع أي انتكاسة محتملة بعد خروج المريض.

وفي غالبية الأقطار التي شملتها الدراسة، وجد أن النصوص القانونية بشأن علاج وحجز مدمني المخدرات في المستشفيات كانت متضمنة في التشريعات المتعلقة إما بعلاج المصابين بأمراض عقلية أو بمكافحة تجارة المخدرات. وعليه نجد أن هناك قوانين للصحة النفسية معمول بها في البرازيل وكندا (مقاطعة

ساسكا تشيوان) وجمهورية المانيا الاتحادية بمختلف أقاليمها، وسويسرا (كانتونات نيوشاتل وفود)، بينما توفرت قوانين مكافحة تهريب المخدرات في جمهورية الدومنيكان، ومصر، واليونان، وجواتيمالا، وجمهورية إيران الإسلامية، وإيطاليا، والمغرب، وبناما، والمملكة المتحدة وفنزويلا وفيتنام. ووجدنا نوعاً غير عادي من التشريعات في استراليا (غربي استراليا) وفنلندا والنرويج حيث جرى تعديل أو تكييف النصوص القانونية الخاصة بعلاج مدمني الخمر بحيث تشتمل على الإجراءات التي تتناسب مع علاج مدمني المخدرات.

وكذلك أولت دراسة ١٩٦٢ اهتماماً بالنصوص الخاصة بالجرائم التي يرتكبها مدمنو المخدرات، سواء ضد قوانين العقاقير المخدرة أو القانون العام، والتي اشتملت عليها القوانين الجنائية في كثير من الأقطار، بل وتضمنت في بعض الأحيان في قوانين خاصة (مثل قانون المساعدات الاجتماعية في بلجيكا). في سويسرا، وجدت نصوص قانونية بخصوص ما يسمى «الإجراءات الأمنية» ضد المجرمين من مدمني الخمر والمخدرات. وهناك نصوص مماثلة في جمهورية ألمانيا الاتحادية حيث تستطيع المحاكم وقف تنفيذ عقوبة السجن التي تتجاوز مدتها تسعة شهور، وفي مثل هذه الحالات، تخول المحكمة سلطة اصدار أمر للمدمن بالخضوع للعلاج طوال مدة وقف تنفيذ العقوبة.

ولم نجد في بعض الأقطار التي شملتها الدراسة أية نصوص قانونية محددة في هذا الموضوع حيث اعتبرت السلطات هناك أن حالات إدمان المخدرات قليلة للغاية بدرجة لا تستدعي اصدار قانون خاص.

وترجع معظم النصوص التشريعية التي تمت مراجعتها في دراسة ١٩٦٢ إلى ما بعد سنة ١٩٤٥. وكان من بين القوانين القليلة التي صدرت قبل هذا التاريخ، قانون البرازيل (١٩٣٤)، وسويسرا (نيوشاتيل ١٩٣٦، وفود ١٩٣٩)، وفنزويلا (١٩٣٤).

ولوحظ أن الغالبية الكبرى من النصوص القانونية التي خضعت للدراسة لم تتضمن أي تعريفات قانونية لمعرض المخدرات، وأنما توجد استثناءات من هذه

القاعدة في القانون الكندي (ساسكاتشيوان) والولايات المتحدة الأمريكية (كولومبيا). في ساسكاتشيوان جاء تعريف المدمن بأنه «شخص يعاني من اختلال أو عجز عقلي يتضح بجلاء من استمرار تعاطي الخمر أو العقاقير المخدرة حتى يعجز عن السيطرة على نفسه أو لا يقدر على تصريف شئونه الخاصة، أو يعرض نفسه أو الغير للخطر».

وفي كولومبيا، كان تعريف «مستعمل المخدرات» بأنه «شخص اعتاد استعمال أحد العقاقير المخدرة التي ينتج عنها الإدمان حتى أصبح يشكل خطراً على الأخلاق والصحة والسلامة والمصلحة العامة، أو هو ذلك الذي ذهب به ادمان العقاقير المخدرة إلى حد فقدان السيطرة على نفسه بسبب ذلك الإدمان» .

وقد ركزت دراسة ١٩٦٢ على أنه يصعب على سلطات الصحة العامة أن تتعقب مدمني المخدرات أو تفتح لهم سجلات حديثة مالم يتوفر نظام التبليغ عنهم. ولم يكن التبليغ اجبارياً في بعض الأقطار، وبالتالي لم تكن المعلومات موثوقة بصورة موحدة. واشتملت دراسة ١٩٦٢ كذلك على مراجعة للقوانين التي تحكم مستويات واجراءات الحجز الإجباري بغرض العلاج. وقد وجدت في كثير من الأقطار التي شملتها الدراسة، نصوص قانونية بشأن هذا الحجز الاجباري، بينما فضلت أقطار أخرى طريقة العلاج الطوعي.

١ ـ ٤ ـ ٣ التقرير الرابع عشر للجنة خبراء منظمة الصحة العالمية حول الصحة النفسية ـ ١٩٦٧

نشر التقرير الرابع عشر للجنة خبراء منظمة الصحة العالمية حول الصحة النفسية سنة ١٩٦٧[٦]، وجمع في طياته كل سياسات وبرامج المنظمة بشأن الوقاية والعلاج من التعويل على المخدرات والمسكرات. وكذلك حلّل التقرير بعناية فائقة كل أوجه التشابه والاختلاف في أسباب التعويل وعلاجه، وركز على:
(أ) طريقة تناول مشكلات التعويل على المسكرات والعقاقير المخدرة الأخرى.
(ب) خدمات العلاج. (جـ) التعليم والتدريب، (د) البحث. واصدر في الختام

عدداً من التوصيات، منها اثنتان على جانب من الأهمية:

- يجب اعتراف القوانين الصادرة بشأن الأشخاص المعولين على الخمر والمخدرات الأخرى بأن هؤلاء الأشخاص مرضى، مع ضرورة مشاركة خبراء الطب والصحة العامة في صياغة تلك القوانين.
- يجب تأمين العلاج المناسب والتأهيل ـ عند اللزوم ـ عن طريق الحجز المدني الاجباري للأشخاص المعولين على المخدرات حتى ينالوا رعاية السلطات الطبية التي يجب أن توجّه وتشرف على برامج الرعاية منذ التشخيص الأول وحتى يتم التأهيل.

كذلك افترضت اللجنة ضرورة اجراء بحوث حول عدة موضوعات منها: المقارنة بين الاجراءات القانونية وغيرها الخاصة بمكافحة المخدرات وعلاج الأشخاص المعولين على المخدرات بما في ذلك تدابير تنفيذ تلك الاجراءات، ودراسة آثارها المحتملة على نطاق وأشكال التعويل على المخدرات.

١ ـ ٤ ـ ٤ دراسة عن القانون والصحة النفسية ١٩٧٧

نشرت منظمة الصحة العالمية سنة ١٩٧٧ دراسة عن التوفيق بين أهداف القانون والصحة النفسية(٧). وركز التقرير على الطرق التي يمكن أن يستخدم بها القانون لتدعيم ردود فعل اكثر إنسانيّة وفعالية تجاه أمراض الإضطراب العقلي. وقد احتوى على خطوط ارشادية لتقييم كيفية اداء القوانين السارية للهدف منها والطرق البديلة لتحسين القوانين، كما أشار إلى أنه من المأمول أن يحث التقرير على اجراء مراجعة قانونية على المستوى الوطني، وأن يعزز أساليب جديدة وصيغة شاملة في القوانين التي تصدر مستقبلاً.

وقد اهتم التقرير في معظم أجزائه بتقييم القوانين الوطنية بشأن الصحة النفسية، وتطورها، وأصولها، والإهتمامات اللاحقة بتعديلها. وراجع التقرير كذلك كافة اجراءات الحجز في المستشفى مع تحليل الاتجاه نحو العلاج

الطوعي: كما أولى اهتماماً بادارة البرامج والتمييز القانوني بين أنواع الإضطرابات العقلية.

ويحتوي التقرير على ملخص النصوص القانونية السارية في ٤٣ قطراً والتي تحكم الوصول طوعياً إلى خدمات الرعاية، والحجز الإجباري في المستشفى، والحجز الطاريء ووضع المريض تحت الملاحظة في المستشفي. وتمت مضاهاة هذه الاجراءات مع المعلومات الأساسية التي سبق استلامها رداً على الاستبيان، وتم تحديد مؤشرات لاستخدامها في فحص القوانين. وقد اعتبر التقرير أنه من الضروري سن قوانين للصحة النفسية أكثر توافقاً وانسجاماً مع سياسات واهداف وعمليات برامج الصحة النفسية، ثم أورد التقرير أمثلة على التشريعات التي حققت هذا الهدف.

وبعد تحديد بعض الموضوعات، بدا أن هناك اتفاقاً حول المتطلبات التالية:

١ ــ أهمية معاملة المريض بمرض عقلي كغيرة تماماً من المصابين بأمراض أخرى، بقدر الامكان، وذلك حتى تزول الوصمة التي ترتبط بالمعاملة الخاصة.
٢ ــ ضرورة تقديم العلاج على أساس طوعي ـ كلما كان ذلك ممكناً ـ ولا تستعمل الاجراءات الاجبارية إلا كملاذ آخر وفي حالات الطواريء.
٣ ــ ضرورة الغاء كافة التسميات القانونية الخاصة التي تطلق على المتخلفين عقلياً، وأن يتلقوا ما يناسبهم من التعليم والتأهيل تماماً كغيرهم من المواطنين.
٣ ــ ضرورة إدماج برامج الصحّة النفسية في الخدمات العامة الصحية والاجتماعية، وبخاصة عند مرحلة تقديم هذه الخدمات في المستشفيات وفي المجتمع.

ولم تُجرى مراجعة للقوانين الخاصة بالتعويل على المخدرات والمسكرات في تقرير ١٩٧٧ باستثناء ما ذكر في السياق الكلي للقوانين الوطنية حول الصحة النفسية. وكان المقصود بالدراسة الحالية استكمال وتفصيل هذا العمل السابق

الذي تناول التحليل المقارن لقوانين الصحة النفسية، بحيث تضيف إليه بعداً هاماً. وقد وجدنا اهتمامات مماثلة بمشكلات الوصمة الإجتماعية الملازمة للتعويل على المخدرات والخمر، وكذا بادماج برامج علاج ادمان المخدرات والخمر في الخدمات العامة والاجتماعية.

.وقد اتبعت الدراسة الحالية نفس الطريقة الاجرائية التي استخدمتها دراسة الصحة النفسية. بل إن الهيكل العام يتشابه في كليهما. ويجب أن تؤدي هذه الوحدة في الشكل والاجراء والتحليل إلى تسهيل المراجعة المقارنة، وإلى زيادة التحليل التفصيلي للتشريعات الخاصة بكل من الصحة النفسية وادمان المواد الخطرة.

١ ـ ٤ ـ ٥ دراسة «النواحي الاجتماعية والثقافية لمشكلات المخدرات» (١٩٨٠)

شارك في هذه الدراسة(٧) أربعون باحثاً ومحققاً من مختلف الأقطار، كما أنها غطت العديد من الجوانب الهامة لمشكلة المخدرات بما فيها الانتشار الوبائي، وأنماط ادمان المخدرات، وأساليب الرعاية الصحية، وسياسات واستراتيجيات علاج ومكافحة الادمان.

وعرضت الدراسة مختلف طرق الرعاية الصحية للسيطرة على ادمان المخدرات، وتم التأكيد على أن الاعتبارات الاجتماعية الثقافية هامة جداً عند اختيار واحد من هذه الطرق واكثرها احتمالاً لأن يحقق النتائج المرجوة، فان لتلك الاعتبارات تأثير محدد على الصعوبات التي يمكن أن يعاني منها المدمن في تخليه عن هذه العادة.

وقدمت عدة دراسات حالة لتوضيح الكيفية التي تناولت بها مختلف الأقطار هذه المشكلة. وبينما أمكن استخلاص بعض المبادىء العامة من تلك التجارب، فلم يتبين وجود استراتيجية رئيسية يمكن تطبيقها على جميع الحالات وفي جميع المواقف، إذ لابد أن يكون الهدف عبارة عن استجابة مرنة تجمع بين عناصر من

استراتيجيات متنوعة طبقا للاحتياجات المحلية .

وقد جمعت النتائج العملية لهذه الدراسة الواسعة في مناقشة للمسائل المتعلقة بالسياسات وتخطيط البرنامج ، ومن ثم حددت المباديء الأساسية لمثل هذا التخطيط وبذلت محاولة لايضاح كيف يمكن استخدام التوعية الاجتماعية الثقافية عملياً عند صياغة السياسات ووضع البرامج ، وكذا لتقديم خطوط ارشادية صريحة ومعقولة .

* * *

الفصل الثاني
برامج العلاج

٢ ـ ١ التعويل على المخدرات

أكدنا في كل موضع من هذا الكتاب على أهمية تقديم برامج العلاج على ضوء الأهداف المقررة في القانون. ومن الضروري وضع اهداف واقعية ومحدّدة للعلاج بالإضافة إلى الهدف الأسمى الذي يتمثل في تخفيض معدلات المرض والوفاة.

ويمكن تحديد اهداف العلاج من منطلق احتياجات الصحة العامة في احد الأقطار، أو من وجهة نظر الفرد الذي يحتاج العلاج. وبينما يمكن أن تكون هذه مثاليات متناقضة، فإنه لابد من بذل محاولة للتوفيق بين المدخلين حيثما أمكن. ويمكن للقانون أن يلعب دوراً رئيسياً في تحديد أهداف للعلاج واقعية، قابلة للتحقيق، وقابلة للقياس، لكن عملية العلاج ذاتها إنما يجب بالطبع أن تكيف على أساس فردي وأن توجّه إلى الاحتياجات الخاصة للمريض.

ويجب أن يكون القانون حركياً ومرناً، وأن يتم تحديثه بصورة دورية. كما يجب أن يؤدي إلى تسهيل العلاج، والا يضع الحواجز والعوائق من خلال تقرير أهداف مستحيلة. مثلاً في الأقطار التي توجد بها مشكلة الإدمان على المخدرات بصورة خطرة ولكن المرافق والأجهزة والهيئة الطبية والأموال جميعها محدودة، هذه لايمكنها القضاء على المشكلة عن طريق برامج العلاج وحدها. وأنسب طريقة اذن هي تحديد مجموعة من الأهداف الوسيطة التي يمكن أن تتضمن تخفيضاً في

الاستهلاك كخطوة أولى. وفور أن تتحقق هذه، يمكن وضع مجموعة اهداف جديدة.

٢ - ١ - ١ مراحل العلاج

تختلف المهمة العلاجية بصورة كبيرة أثناء مراحل العلاج المختلفة. وما نعرضه فيما يلي لانقدمه كسلسلة متعاقبة لابد أن يمر بها كل الأشخاص المعّولين على المخدرات مع تقدمهم نحو الشفاء، ولكنّه على الأصح نبراس يمكن بموجبه فهم النتائج اللاحقة بصورة أوضح.

المرحلة الأولى:

تتطلب عملية علاج الإدمان التزاماً من الشخص المدمن بدخول الصراع الصعب، ورغبة في طلب وقبول المساعدة من الآخرين. وهكذا فإن العوامل النفسية والاجتماعية وكذا النواحي الدوائية ستكون جميعاً ضرورية للشخص الخاضع للعلاج. وسيكون التحفيز على استمرار الامتناع عن المخدرات وقبول التغييرات السلوكية جوهر هذه المرحلة من العلاج.

وتستخدم حالياً عدة طرق مختلفة لعلاج الإدمان على المخدرات الأفيونية منها: عقار الميثادون (METHADONE) لحالات الإنقطاع عن المخدر الأفيوني (استراليا - بورما) وصبغة الأفيون والكلوربرومازين (CHLORPROMAZINE) (بورما) وأدوية النوبات العصبية بما فيها الإكتئاب النفسي (مصر) والعلاج العارض باستعمال الميثادون على أساس العلاج الخارجي طوعياً (هونج كونج) والإمتناع التدريجي باستعمال الأفيون (الهند - باكستان) ووصفات المورفين والبثيدين (PETHYDINE) والامتناع الفجائي بصورة تامة (الفلبين - سنغافورة).

وتتوقف طريقة الانقطاع عن المخدرات على السياسة الشاملة والعقاقير الدوائية المتوفرة في القطر (راجع القسم ٢-١-٢). وفي بعض الأقطار، قد لايمكن

للعلاج أن يتجاوز مرحلة علاج الإدمان.

وغالباً ما ينطوي الدخول في دائرة العلاج من التعويل على المخدرات على ازمة من أي نوع. ربما كانت أزمة عائلية تشهد تهديدات بالطلاق أو الاقصاء عن الأسرة. ثم تتفاقم الأزمات المالية مع نقص انتاجية الشخص المعّول وازدياد تكلفة التعويل، وهذه قد تؤدي بدورها إلى الانقطاع عن المخدر بشكل مفاجيء وحاد. وتشتمل الأزمات الطبية الأخرى على الالتهابات والجروح وسوء التغذية والاكتئاب والاضطراب العقلي أو الهلوسة. وقد يلجأ المدمن إلى السرقة للحصول على المخدرات مما يؤدي به إلى الاعتقال أو السجن. ويترتب على انخفاض الكفاءة الوظيفية أو المهنية أو الدراسية التعطل عن العمل أو الطرد من المؤسسات التعليمية. كما أن فقدان السيطرة على استعمال المخدرات يسرع بحدوث أزمة في الشخصية وإلى فقدان احترام الذات. وفي العديد من الحالات توجد اكثر من أزمة في الوقت الواحد.

أولى خطوات العلاج هي تلبية الاحتياجات الماسة للمدمنين. ومع توفر الرعاية المناسبة والحاسمة يمكن أن تنتهي هذه المرحلة الأولى خلال فترة تتراوح من عدة ساعات إلى عدة أسابيع، لكنها في العادة لا تستغرق أكثر من بضعة أيام. عند هذا الحد، يشعر الشخص المعول على المخدرات بالراحة مرة اخرى وبأنه يسيطر على حياته بصورة عامة. ومالم يكن قد جرى الاعداد فعلاً للمرحلة التالية، فإن معظم المدمنين يتركون العلاج عند انتهاء هذه المرحلة. لذا فإنه من الأهمية بمكان الترتيب لربطهم بالعناية الطويلة المدى قبل انتهاء المرحلة الحادة. ويتم ذلك بطرق عديدة بواسطة الممارسين والبرامج. وفي بعض هذه البرامج، لايتم قبول المدمنين للعلاج مالم يلتزموا بالاستمرار فيه لعدة أسابيع أو شهور. وفي اقطار اخرى، تصبح متابعة العلاج الزامية بمقتضى القانون بعد خروج المريض من المؤسسة العلاجية التي كان محجوزاً بها.

ويؤدي عدم التخطيط أو الاتفاق على التأهيل أثناء هذه المرحلة إلى اهدار موارد علاجية ثمينة وإلى استمرار التعويل على المخدرات حيث تتكرر عودة

المدمن للعلاج القاسي من المضاعفات المرتبطة بتعاطي المخدرات، ولكن بدون حلّ لمشكلة التعويل ذاتها. وهذه الحالة ما يعرفها الممارسون في عيادات علاج الإدمان باسم «أعراض الباب الدوّار» حيث ينفذون برامج تنتهي بترك المدمنين العلاج عقب حل ازماتهم الحادة.

وأخيراً فإن أهم نواحي هذه المرحلة المبكرة هي دورها في اجتذاب مدمني المخدرات إلى العلاج. فالبرامج القائمة على أساس انساني تظهر احتراماً لكل مريض بذاته، وتقدم مجموعة واسعة من الخدمات، وتتلاءم مع المستوى الثقافي للمدمن. تلك هي البرامج التي تكون مطلوبة. إلا أن مهمة اجتذاب المرضى ليست بذات أهمية قصوى في البرامج الاجبارية التي تتوفر لها وسائل أخرى لارسال المدمنين إلى العلاج مثل الأحكام القضائية أو الاعتقال بواسطة الشرطة.

المرحلة الوسيطة:

بعد انحلال الأزمة الحادة مباشرة، يشعر المريض في الغالب بتحسن تام لبعض ساعات أو أيام أو أسابيع، إلاّ أن المشكلات تعود إلى الظهور في النهاية. وعلى هذا فإن اهداف مرحلة العلاج الوسيطة لا تختص بادمان المخدرات بحد ذاته بقدر ما تهدف إلى تعديل نظام الحياة التي يعيشها الشخص المدمن.

من أهم مصادر المتاعب اثناء الاستشفاء ذلك التغير في فسيولوجية وسيكولوجية مدمن المخدرات. فبعد فترة من الإدمان على المخدرات، نجد أن دورات النوم، والوزن، وضغط الدم، والنبض قد تستغرق عودتها إلى المستويات الطبيعية عدة شهور قد تمتد إلى عام كامل.

كذلك يمكن أن تثار مشكلات اجتماعية عديدة. مثلاً أثناء الفترة التي كان الزوج خلالها مدمنا للمخدرات، وقد تكون الزوجة اصبحت عملياً رب الأسرة. وهي إذ ترحب بنواحي معينة ناتجة عن امتناعه عن الادمان (مثل زيادة انتاجيته، وانخفاض الانفاق على المخدرات)، إلا أنها قد ترفض محاولاته لاستعادة دوره القيادي في الأسرة، أو تكره استئناف العلاقة الجنسية معه.

وخارج دائرة الأسرة، قد يناضل في نفس الوقت للتغلب على الوصمة الاجتماعية السابقة التي لحقت به، مما يعني أن يتخلى عن اصدقاء ممن يدمنون المخدرات وأن يحاول استرجاع ثقة واحترام المجتمع.

ولحسن الحظ نجد أن معظم مدمني المخدرات قادرون على حل تلك المشكلات الشخصية والأسرية والاجتماعية شريطة الا يعودوا لاستعمال المخدرات على مدى عام أو عامين. وأنه لمن الضروري خلال هذه الفترة الحرجة أن نساند قرارهم وندعم عزمهم عن طريق مجموعة من زملائهم مدمني المخدرات ممن اجتازوا مرحلة الشفاء، والاستشاريين، والاصدقاء، والأقارب الذين يمكن أن يثقوا فيهم، والأطباء الذين يستطيعون تقديم العون والعلاج العرضي.

مرحلة الإستقرار:

بعد انقضاء عدة سنوات، لا يعود كثير من مدمني المخدرات السابقين بحاجة إلى خدمات العناية من أي نوع، إلا أن البعض يجدون أنهم لايزالون يحتاجون إلى بعض المساعدة، أي من مجموعة المساعدة الذاتية. وقد يختار البعض أن يتطوعوا لتكريس أنفسهم للعناية بغيرهم من مدمني المخدرات. وتنشأ لدى البعض الآخر مضاعفات نفسية، من اكثرها شيوعاً الاكتئاب النفسي، مما يتطلب أيضاً اخضاعهم للعلاج النفسي. وعند هذا الحد يمكن للمدمن بعد شفائه أن يواصل بكل عزيمة امتناعه كلياً عن المخدرات. وعلى هذا فإن هدف العلاج في هذه المرحلة لا يقف عند مجرد الانقطاع عن المخدرات، وإنما على الأصح «عودة إلى حياة منتجة» تقدم له الأفراح والمتع التي لم يكن في وقت ما يحصل عليها الا بتعاطي المخدرات.

٢ ـ ١ ـ ٢ علاج الإدمان

هذا هو المظهر الوحيد للمرحلة الأولى من العلاج، ولكن نظراً لأهميته القصوى، فقد تناولناه هنا بصورة منفصلة. فمن وجهة نظر المرضى، يعتبر جانباً حيوياً لتخفيف حدة الخوف والقلق اللذين يعاني منهما الكثيرون قبل واثناء

الانقطاع عن المخدرات. ولئن كان علاج الادمان قليل الأثـر في خفض معدلات المرض والوفاة بين الاشخاص المعولـين من الشباب صغـار السن الذين يتمتعـون بصحة جيدة، إلا أن معدل الوفاة يرتفع كثيراً بـين المدمنـين من المسنين والمـرضى إذا كان الانقطاع صـارماً أو مـطولاً. كذلـك فإن تـأثير عـلاج الادمان بحـد ذاته ضئيل نسبياً على دورة التعويل في حالة المخدرات الأفيونية.

وتطبق اجراءات متـماثلة للسيطرة عـلى ادمان كـل من المخدرات الأفيـونية وغير الافيونية، حيث يؤدي علاج الإدمان والمعالجة بالعقاقير الـدوائية دوراً بـارزاً في علاج المرضى المعولين على المخدرات الأفيونية والمنومات والمسكنات.

ويستعمل لذلـك نوعـان من المسانـدة بالأفيـون سواء بـاستخدام اقـراص الأفيون أو (خلاصة) صبغة الأفيون التي تستعمل بصفة خاصة في (بورما).

وفي أمـريكا الشـمالية وبعض الأقـطار الأوربية، يشيـع استخدام المسـاندة بعقـار الميثادون كـوسيلة لجذب المـدمنين إلى العـلاج كما أنـه يعد اختيـاراً مفيـداً وجذاباً للعلاج وخاصة بسبب انخفاض تكلفته.

وتستعمـل بعض الأقـطار عقـاقـير مضـادة للخمـور ومنهـا النـالتركسـون NALTREXONE الـذي لايـزال قيـد البحث والاختبـار عـلى نـطاق واسـع في الولايات المتحدة. ويتميز بأن آثاره العكسية واضحـة وفعالـة وإن كان يفتقـر إلى الجاذبية في نظر المدمنين لأنه بدون مفعول منشط نفسياً.

يعاني عدد ضئيل من المدمنين من وهن شديـد في قواهم الحيـوية يعجـزهم كثيراً اثناء الشهور الأولى التالية لعلاج الادمـان. وبدون المبـادرة إلى معالجـة هذا الضعف البدني، فإنـه يؤدي في الغالب إلى العـودة لاستعمال المخـدرات. وأمّا إذا توفر لـه علاج منـاسب، فإنـه يساعـد هؤلاء المرضى عـلى اجتياز المـرحلة بنجاح واحراز تقدم جيد.

كذلك يستعمل التدخل بالعقاقير الـدوائية لعـلاج الادمان عـلى المخدرات الافيونية وقـد يكون مفيـداً مع بعض المـرضى، إلا أنه ينبغي أن يكـون جزءاً من

برنامج علاج متكامل يشتمل على وسائل اخرى كالاستشارات النفسية والاجتماعية والتدخل السلوكي.

والمهم هو التأكيد على توفير العلاج المناسب للاقلاع عن المخدرات الاخرى المؤدية للادمان بخلاف المخدرات الافيونية. ففي بعض الأقطار لاتوجد مشكلة رئيسية من جراء المخدرات الافيونية. وعليه فإنه يجب أن تنعكس هذه الحقيقة بالضرورة على ممارسات وعلاج الادمان.

٢ ـ ١ ـ ٣ التأهيل الاجتماعي:

تلك هي الخطوة الهامة التالية في متوالية علاج الشخص المعوّل على المخدرات، ولا تعني مجرد تأهيله بالمعنى المتداول فحسب ـ أي عودته إلى مستواه الوظيفي السابق صحياً واجتماعياً، وإنما تعني كذلك بالنسبة للبعض «الاندماج في المجتمع» نظراً لأن مجرد العودة إلى المستوى الوظيفي السابق قد يترتب عليه في رأيهم العودة مرة اخرى الى نفس الظروف التي يمكن أن تكون اسهمت في العويل على المخدرات. وغالباً ما يشتمل التأهيل على الاقامة لفترات طويلة في المستشفى، أو الانضمام الى مجموعة علاجية، أو الترتيب مع مصحة للعناية الجزئية، أو مركز استشفاء نهاري.

ولا يحتاج كل المعولين على المخدرات أن يحصلوا على العناية مع الإقامة طويلة الأمد، ولكن لابد أن يتوفر هذا النوع من العناية للذين يتطلبونها. ويفضل كثيرون أن يتم التأهيل خارج المستشفى.

ومن أهم أمثلة وسائل تقديم العناية في مرحلة التأهيل: مركز المساعدة الاجتماعية (بورما)، ومراكز العلاج الداخلي والعناية اللاحقة (هونج كونج)، وبرامج العلاج الداخلي (الهند) ومستشفى ومراكز التأهيل الداخلي (ماليزيا) ومراكز التدريب المستمر (باكستان) ومراكز التأهيل الداخلي (سنغافورة).

٢ ـ ١ ـ ٤ العناية اللاحقة

تتضمن العناية اللاحقة زيارات منتظمة يقوم بها الشخص المعّول على المخدرات للعيادة المناسبة لمدة زمنية معينة سواء بعد علاج الادمان أو بعد التأهيل. وقد تكون مرحلة العناية اللاحقة هذه صعبة بصفة خاصة على كثير من المرضى الذين لايزالون يتكيفون مع وضعهم الجديد للتحرّر من المخدرات .

ومن أمثلة برامج العناية اللاحقة التي تقدمها بعض الأقطار ما يلي:

زيارات في مواعيد محددة سلفاً إلى مراكز داخلية للمساعدة الاجتماعية (اجبارية بنص القانون في بورما) ـ والعناية اللاحقة الطوعية (هونج كونج)، والاستشارات الفردية أو العلاج النفساني، أو برامج ارشادية بواسطة العاملين الاجتماعيين (اندونيسيا)، وزيارات العناية اللاحقة الاجبارية (ماليزيا)، وأنشطة العناية الاجتماعية (الفلبين)، والعناية اللاحقة بواسطة المتطوعين بالاضافة إلى مراقبة اجبارية (سنغافورة).

ومن الطبيعي أن تكون برامج العناية اللاحقة أقل كلفة من العناية الداخلية أي مع الإقامة في مؤسسات متخصصة، وإن كانت تثير عدداً من المشكلات أهمها كيفية المحافظة على ارتباط المرضى بهذه البرامج، وخاصة عندما تتوزع اختصاصات علاج الادمان والتأهيل الاجتماعي والعناية اللاحقة بين مسئولين عديدين في جهات مختلفة .

٢ ـ ١ ـ ٥ البرامج الاجتماعية للعلاج الخارجي

في العديد من الأقطار، بدأت البرامج العلاجية للمعولين على المخدرات في واحد من ثلاثة مرافق خصصت للعلاج الداخلي وهي: (أ) المستشفيات المتخصصة لعلاج المعولين على المخدرات. (ب) أقسام خاصة للمعولين على المخدرات داخل مستشفيات ومصحات الطب النفسي. (جـ) أقسام علاج التعويل على المخدرات في مباني المستشفيات العامة.

وفي السنوات الإخيرة، دخلت هذه البرامج أيضاً ضمن خدمات العلاج الخارجي. وأصبح هناك نوع من التداخل بين تلك الخدمات وبين العناية اللاحقة رغم ماهو معروف عن العناية اللاحقة من حيث أنه يجب أن تسبقها مراحل اخرى كعلاج الادمان والتأهيل، في حين أن برامج العلاج الخارجي تقدم العناية التّامة بصفة عامة ابتداء من قبول المريض حتى خروجه منها، وتعتمد على التبكير في التشخيص والتدخل، وتتلافى المعوقات المؤسسية.

وتشمل مختلف أنواع برامج العلاج الخارجي: العناية الذاتية، والتدريب العملي المهني والوظيفي والترويحي (المكسيك)، والقوافل الصحية المتنقلة لعلاج الإدمان والرعاية الصحية العامة (باكستان)، والمراكز الريفية لعلاج الادمان (تايلاند) والعناية الخارجية للمراهقين (سويسرا).

٢ ـ ١ ـ ٦ أشكال العلاج التقليدي

استعمل الممارسون التقليديون في أنحاء القارة الآسيوية، على مدى اجيال طويلة، طريقة الوخز بالإبر لعلاج التعويل على المخدرات، إلا أن دخول هذه الطريقة في مجرى الطب المبني على العلم الحديث لم يبدأ في الصين الا منذ بضع عشرات من السنين. وفي عملية الوخز بالإبر الكهربائية المستخدمة في علاج التعويل على المخدرات، يتم غرس الإبر في كلا الاذنين ثم يمرر بينهما عبر الرأس تيار كهربائي منخفض الجهد (حوالي ٩ ڤولت). وينتج عن هذه العملية استرخاء مؤقت واحساس بالهدوء والسكينة حتى لدى المدمنين الذين يتعرضون للانقطاع عن المخدرات الأفيونية. وهي بالاضافة لذلك، تزيل الآلام، وتقضي على الاضطرابات العصبية والقلق والأرق في المرضى والمصابين بأمراض اخرى مختلفة. أي أن مفعولها لا يقتصر على المخدرات الأفيونية والمخدرات الاخرى بالذات. وعقب كل جلسة علاج (تستغرق من ٢٠ إلى ٤٠ دقيقة)، يشعر المريض بالهدوء والسكينة، لكن هذا الاحساس قد لا يدوم لاكثر من دقائق (لدى المرضى المصابين باضطرابات حادة) قد تمتدّ إلى عدة ساعات .

كذلك يجد المعالج الشعبي والطب التقليدي اتباعاً كثيرين في بعض الاقطار نذكر منها على سبيل المثال: علاج الادمان للأشخاص المعولين على المخدرات الأفيونية بواسطة الرهبان البوذيين (بورما)، وعيادات الطب الاسلامي الملحقة بالمساجد (مصر)، وممارسة العلاج الديني بواسطة المعالجين الروحانيين (ماليزيا). ولهذه الممارسات مزاياها الواضحة نظراً لأنها تتناسب مع الثقافات المحلية ولا تكلف كثيراً.

٢ ـ ١ ـ ٧ الإسلام وعلاج التعويل

للإسلام تأثير بالغ الأهمية على الاشخاص المعولين على الخمر أو المخدرات ممن يدينون بالإسلام ويعيش أغلبهم في منطقة شرقي البحر الأبيض المتوسط. ويمكن تصنيف العقاقير التي يشيع إدمانها في أقطار تلك المنطقة إلى خمس أنواع هي: (أ) الأفيون ومشتقاته، (ب) القنب (الحشيش)، (جـ) القات، (د) الكحول، (هـ) الكيماويات المصنّعة المنشطة.

وقد نهى الإسلام اتباعه عن الإقتراب من الخمر، بما يعني أبعد من مجرد الامتناع عنها. وبذلك كان هدفه النهائي هو تأكيد التحريم التام لبيع وتوزيع المشروبات الكحولية. وتحدد الشريعة الإسلامية بكل وضوح أن كل ما يشكل عقاراً مؤدياً للتعويل يحرم على المسلم الصادق أن يقربه. وبناء عليه قال علماء الإسلام في تعريف المخدرات تأسيساً على المفهوم الإسلامي الأصلي عن الخمر، بأنها «كل مادة من شأنها أن تغيب العقل وتحجب التفكير السليم».

قليل جداً من أقطار شرقي البحر الأبيض المتوسط هي التي وضعت برامج للعلاج المتكامل. إلا أن اكثر هذه البرامج مدعاة للإهتمام هو برنامج العلاج القائم في مسجد أبو العزايم على أساس فكرة استكشاف القوى الكامنة للموارد الاجتماعية والدينية المتوفرة في المنطقة. وقبل انشاء برنامج العلاج سنة ١٩٧٧، بذلت جهود خاصة لاعداد الجماهيروتعريفهم به. وكان تطوير البرنامج من خلال ادماج الرعاية النفسانية والطبية في المؤسسة الدينية بالمسجد. وفي كتابهما[٧] وصف «ادواردز وعارف» تجربة إقامة برنامج علاجي في المسجد وصفاً وافياً.

٢ ـ ٢ التعويل على الخمر

كان للزيادة الهائلة في استهلاك الخمور على مستوى العالم أثرها في حث الجهود المبذولة لايجاد اساليب جديدة للحد من العواقب الوخيمة والنتائج المؤلمة والضارة لمعاقرة الخمر بشكل مفرط أو غير ملائم. وكانت التعريفات الأولى لإدمان المسكرات قد اعتبرته كياناً مرضياً، مما زاد من التركيز على احتياجات علاج المخمورين الذين يؤدي بهم الإسراف في الشرب إلى التعويل على الخمر. وقد أثبتت هذه التعريفات أنها قليلة الجدوى محدودة الفائدة. فقد ظهر تحول جذري نحو ضرورة الاعتراف والاستجابة بشأن عدد من صور العجز المرتبطة بالخمر بما في ذلك الاعراض المتلازمة للتعويل على الخمر[٨]. ويأخذ هذه المنظور الجديد في اعتباره ضعف الوظائف الجسمانية والعقلية والاجتماعية للفرد حيثما كانت الخمر هي سبب واضح لذلك، وإن لم يكن الشخص بالضرورة معّولا على الخمر. ونتيجة لذلك، اصبحت أنواع عديدة من الأحداث المرتبطة بالخمر بمثابة مؤشرات تدل على السكر. وحث ذلك على مزيد من التركيز والتدخل في مرحلة مبكرة في محاولة لتقليص الضرر.

ولا تتوقف آثار الخمر عند ضعف الصحة والفعالية الإجتماعية والاقتصادية، وإنما يصل ضررها أيضاً إلى الأسرة. وفي مثل هذه الظروف، نتبين أنه لاتوجد وصفة منفردة لمواجهة احتياجات كل أولئك الذين يعانون من هذه المعوقات. ويتضح أيضاً أن الشكل الذي تتخذه مشكلات ادمان الخمر يعتمد على الثقافة السائدة وأنماط استهلاك المسكرات السارية فيها وكذا أساليبها لتحديد هذه المشكلات والتصدي لها، وما يتوفر لها من اطار قانوني وسياسات عامة. وقد كان ذلك واضحاً بصفة خاصة في الأدلة المستخلصة من مشروع منظمة الصحة العالمية لاستقصاء ردود الفعل الاجتماعية، والمشكلات المرتبطة بالمسكرات في ثلاثة أقطار تتميز باختلاف شديد في خصائصها الاجتماعية والاقتصادية (المكسيك ـ سكوتلاندا ـ وزامبيا)[٩] وعليه فإنه في أي نقاش عن اتجاهات العلاج، لابد أولاً من الاعتراف بالتنوع الكبير في المشكلات القائمة وكذا غياب أي نظام علاجي مستقر وثابت.

٢ ـ ٢ ـ ١ تنظيم خدمات العلاج

لاتزال طرق العلاج في مرحلة انتقالية حيث يجري اختبار أساليب جديدة، ويتم بالتدريج التخلي عن الاعتقادات القديمة التي كانت تركز في الغالب على الرعاية المؤسسية والمتخصصة طويلة المدى. ويشير تقو يم العلاج إلى أن أبسط الأساليب قد تكون بنفس قدر فاعلية الأساليب المدروسة بعناية والمكلفة(١٠) وقد أعطت تلك النتائج دفعة قوية باتجاه البحث عن استراتيجيات أبسط للعلاج يمكن تطبيقها بواسطة غير المتخصصين في المرحلة الأولى المبكرة من العلاج. وتتوفر للاتجاه نحو معالجة مشكلات تعاطي المسكرات بواسطة «عمال العناية الصحية الأولية»، عدة مزايا هامة. إذ أن العناية الصحية الأولية أكثر فعالية من حيث التكلفة، وتقلّل الحاجة إلى العاملين المتخصصين والذين لن يمكن بأي حال توفيرهم باعداد كافية أبداً للتعامل مع مشكلة شائعة بهذا الحجم وهذا الإنتشار. والعادة أنه يمكن تقديم هذا العلاج في مرحلة مبكرة بحيث لا تمس سمعة المريض ولا يوصم بسبب اضطراره للذهاب إلى مركز علاجي متخصص، نظراً لتوفر هذا العلاج في أي وقت للناس ككل وبخاصة في المناطق التي لاتوجد بها خدمات متخصصة. ويتفق هذا التحول في مجال التركيز تماما مع أسلوب العناية الطبية الأولية الذي نادى به «اعلان آلما ـ آتا» لسنة ١٩٧٨.

وترافق مع الاعتراف بامكانية تقديم المساعدة الفعالة بدون حاجة إلى رعاية مؤسسية أو عيادات متخصصة، تأكيد على أنه يمكن بدء العلاج اللازم في أماكن أخرى عديدة وشديدة التنوع منها على سبيل المثال الوحدات الطبية العامة، وخدمات العناية الصحية الأولية، والمحاكم (برامج السوّاق المخمورين)، والسجون، وحتى أماكن العمل. هذا وقد أثبتت برامج علاج الموظفين الذين تعاني أعمالهم نتيجة لسكرهم فعالية كبيرة في عدة أقطار.

وقد صاحب الإتجاه الحالي نحو توفير العلاج في المرافق الاجتماعية زيادة كبيرة في عدد العمال الاجتماعيين، والممرضين، والمحلّلين النفسانيين، والمستشارين الاجتماعيين، وغيرهم من الاشخاص من غير المهن الطبية وغير المتخصصين

الـذين يتعـاملون مـع مشكـلات إدمـان المسكـرات . وأدى هـذا التنـوع في الفعاليات المهنية إلى مزيد من التوسع في نطاق الأساليب العلاجية المتوفرة. وعلى المستوى التنظيمي، أكدّ الحاجة إلى تعاون وثيق فيما بين القطاعات المختلفة في مجال تخطيط الخدمات.

لقد ظل النموذج التقليدي لشخصية مدمن الخمر محصوراً لسنوات طويلة وفي الكثير من الأقطار في الإنسان الذكر متوسط العمر. ولئن كان هؤلاء بالفعل لايزالوا يشكّلون نسبة هامة، إلا أن هذه الصورة وحدها لم تكن صحيحة. ومع الزيادة الملحوظة في استهلاك المسكرات بين النساء، فمن الضروري بصفة خاصة أن تعترف الخدمات بمتطلبات المرأة التي تعاني من مشكلات مرتبطة بادمان المسكرات. كما أن المدمنين بين الشباب اصبحوا كثرة لا يمكن تجاهلها، ويتطلبون مرة اخرى إعترافاً باحتياجاتهم الخاصة .

٢ ـ ٢ ـ ٢ طرق العلاج

تتميز أساليب العلاج المحددة بشدة تنوّعها، وزيادة محاولاتها لتفصيل العلاج على قدر متطلبات المريض الفرد بحد ذاته. ويقوم البحث عن أساليب علاجية جديدة بصورة جزئية على أربع اتجاهات بارزة كالآتي:

أ ــ أن تتحدى البحوث العلاجية الحالية تلك الأساليب العلاجية التقليدية بدلاً من أن تعمل على تأكيدها(١١).

ب ــ استناداً إلى المعايير المستخلصة من النتائج والعوامل الأخرى، فإن القاعدة ـ وليس الاستثناء ـ هي أن المريض الذي يتلقى العلاج سيعود إلى الادمان.

جـ ــ أن التغييرات في سلوك مدمن الخمر قد تتأثر إلى حد بعيد بأحداث حياتية (مثل حصوله على عمل، أو توفيقه إلى الزواج) أكثر منها بأي اجراءات علاجية.

د ــ غالباً ما يعتمد نجاح العلاج على شخصية المريض المعالج وميزاته الاجتماعية الاقتصادية. ويوضح البحث باصرار أن خصائص المريض ـ وليس نوعية برنامج العلاج المحدد ـ هي افضل مؤشرات للنتائج المتوقعة.

مع التسليم بأن عوامل مثل الاستقرار الاجتماعي والخصائص الشخصية في الغالب أكثر أهمية من أسلوب العلاج للحصول على النتيجة المرجوة، فقد ازداد الاهتمام بتحديد العناصر الفعالة التي تشترك فيها كل أو معظم أساليب العلاج. وتتضمن هذه العناصر المشتركة: تقوية الحافز إلى التغيير، وايضاح الخيارات السلوكية، وتعزيز حرية الإرادة، وحلّ المشكلة وفقاً لتكييفها. ويبشر وضع أهداف العلاج تأسيسا على هذه العوامل ببعض الأمل الواعد كأسلوب علاجي بالمقارنة إلى أي طريقة أخرى محددة.

وقد أدى التحقق من عدم وجود اسلوب علاجي واحد يصلح للتطبيق في جميع الحالات، وكذا التأكيد على أن تحليل النمط الفردي لمشكلات ادمان المسكرات والظروف النفسية الاقتصادية الاجتماعية قد يكون اكثر كشفاً للحقائق، أدى إلى وضع «فرضيات المضاهاه» على أساس الافتراضات التالية[١٣]:

- المرضى المختلفون يتطلبون انواعا مختلفة من المساعدة.
- تقويم أوضاع المرضى أمر بالغ الاهمية.
- ضرورة تحديد ومعالجة الظروف الأخرى المسبِّبة والمصاحبة.
- هناك حاجة ماسة إلى فهم وبالتالي الإستجابة لاستعداد الفرد للتغير وطلب المساعدة من الآخرين.
- يجب أن تحدد الأهداف وأن يتفق عليها، لا أن يتم فرضها.
- نوعيات المعالجين هامة جدا.
- حرية الإرادة، المسئوليه الذاتية، ومراقبة النفس كلها أمور حيوية.

ويمكن بصورة غير نهائية تحديد الاتجاهات في تطوير أساليب العلاج النوعي على ضوء ما سبق، في النقاط التالية:

أ ــ اتجاهات نفسية اجتماعية / سلوكية:

تزداد الثقة بأن مشكلات ادمان الخمر قد لاتكون سوى وجهاً واحداً لمجموعة كبيرة من المشكلات. وقد بذلت جهود واسعة في السنوات الأخيرة للتقريب بين البرامج الفردية التي تعتمد على التدخل المباشر من منطلق التوجه النفسي الاجتماعي وبالتالي تحاول التعامل مع المشكلات الأخرى التي لايكون ادمان المسكرات سببها المباشر. والفرضية التي يقوم عليها هذا الاسلوب هي أن الإسراف في تعاطي الخمر عرض لاضطراب غير ظاهر بحيث يتطلب مساعدة نفسانية لاحداث التغيير المطلوب في نظام الحياة بالصورة التي يحتاجها العلاج الناجح. ويتضمن هذا الأسلوب:

ــ زيادة التركيز على تحسين المهارات بين الأشخاص.
ــ زيادة التركيز على اكتساب مهارات حل المشكلات وايجاد بدائل لتعاطي الخمر.
ــ زيادة توفير العلاج ضمن الوحدات والمراكز الجموعية.
ــ زيادة استعمال أساليب العلاج العائلي.
ــ زيادة الاعتماد على العمل الاجتماعي والارشاد المهني والأنشطة الأخرى التي قد يكون لها تأثير على المشكلات المرتبطة بادمان المسكرات.

وقد لقيت الأساليب السلوكية لعلاج المشكلات المرتبطة بادمان المسكرات، اهتماماً متنامياً في السنوات الأخيرة. كذلك زاد الاهتمام معها بامكانيات تحديد اهداف أخرى للعلاج خلاف الامتناع التام مثل تعاطي الخمر بشكل منظم ومتحكم فيه، أو الشرب في ظروف مناسبة معينة فقط. ولا زالت هناك حاجة إلى مزيد من البحث لايضاح المعايير الخاصة بالتوصية بالشرب المتحكم فيه بدلاً من التمسك بالهدف التقليدي الذي لايزال يلقى قبولاً واسعاً: أي الامتناع التام عن تعاطي الخمر(١٤). وهناك بعض الأدلة على أن درجة ادمان الجسم على المسكرات قد تكون أهم معيار لتخصيص هدف أو آخر من اهداف العلاج للمريض.

ب ـ اتجاهات دوائية / طبية :

للأدوية المهدئة مكانة مستقرة في معالجة الأعراض التي تتبع الانقطاع عن المسكرات لدى أولئك الذين اصبحوا معوّلين جسدياً. إلا أن الخطر من أن يتحول ادمان المسكرات بكل بساطة إلى ادمان على المهدئات اصبح الآن أمراً معترفاً به تماماً. وعليه فإن تعاطي المهدئات لمدى طويل غير ملائم أيضاً.

وتستعمل في بعض الأقطار مركبات لتحريك الحساسية ضد الكحوليات. ويعرف المرضى الذين يتناولونها بانتظام أنهم سيعانون من آثار غير سارة إذا تعاطوا الخمر. إلا أن قيمتها تعتمد بالدرجة الأولى على تحفيز المريض ورغبته في التعاون. ويطلب من المخالفين أحياناً أن يتناولوا مثل هذا العقاقير تحت اشراف الممرض أو ضابط المراقبة كجزء من العلاج المحكوم به عليهم بقرار من المحكمة.

ولا زالت الأساليب المعاكسة التي تستعمل في الغالب عقاقير مقيّئة تلقى قبولاً لدى البعض، إلا أنها بلا أي مميزات واضحة عن اشكال العلاج الأخرى.

جـ ـ المساعدة الذاتية :

جماعات المساعدة الذاتية أو الاعتماد على النفس في مشكلات ادمان المسكرات تنظيمات راسخة ومعروفة، ومن أشهرها جمعية «مدمني المسكرات المجهولين» "ALCOHOLICS ANONYMOUS" التي توجد لها فروع في ٩٢ قطراً حتى الآن . وكانت قد انشئت منذ ٤٠ عاما واعتبرت من أول حركات المساعدة الذاتية التي أولت عنايتها لنوع معين من العجز الجسماني . وقد قامت في السنوات الأخيرة جماعات أخرى على أساس استخدام أساليب أخرى غير تلك التي تنتهجها الجمعية، بل وأثبتت نفعا دائما كما في ايطاليا ويوغوسلافيا .

ومما لاشك فيه أن جماعات المساعدة الذاتية نجحت نجاحاً كبيراً مع كثير من المدمنين. ويرجع نجاحها وتفاؤلها بنتيجة المساعدة إلى مدى كبير على حقيقة

أنها في الـواقع العمـلي لا تقتصر على تقـديم العـلاج الشـائـع في أغلب أسـاليب المعـالجة، لكنهـا توفـر أيضاً شبكـة واسعة من الـدعم الاجتماعي المكثف لخـدمة المدمن وتخفيف مشاكله، وهو أمر قلما تتحمله أو تحققه الخدمات المهنية.

كذلك ظهرت مؤخراً أساليب المساعدة الذاتية الفرديـة. وفيها يتم بصـورة عامة تشجيع المرضى بـواسطة العـامل الصحي أو المعلم الصحي عـلى التفكير في أمـر ادمانهم المسكـرات والتعرف عـلى مـافيهـا من أشكـال ومستـويـات الأضرار الكـامنة. ثم تقـدم لهم مجموعـة من أدلة وكتيبـات المساعـدة الذاتيـة التي تحـوي معلومات كاملة عن الخمر ونصائـح بشأن أسـاليب اكتساب عـادات للشرب أقل أذى وضرراً. وتفـترض بعض هذه الأدلـة ضرورة استمرار التفـاعـل من خـلال التعامل مع عامل صحي أو صديق أو أحد أفراد الأسرة، بينـما هناك أدلـة أخرى يمكن استعمالها على انفراد[١٥].

٢ ـ ٣ اتجاهات مستقبلية:

يبدو الاتجاه نحو ايجاد أشكـال بسيطة ومنـاسبة من التـدخل الـذي يمكن أن يقدمه العاملون في الرعـاية الصحيـة الأولية مـرشحاً لـلاستمرار. وقـد تزداد مسئولية الخـدمات المتخصصـة عن تقديم المسـاعدة والمشـورة إلى الوكـالات غير المتخصصـة، وعن توفـير التدريب عـلى المهارات والمعـرفة الـلازمة لجعـل عامـل العناية الصحية الأولية أكثر ثقة وفعالية. وسـوف تستمر كـذلك في تـوفير مصـدر خـبرات البحث وقاعدة الاختبـار الـلازمـة لتـطويـر وتهـذيب أسـاليب العـلاج الجديدة. وحيثما وجدت الخدمات المتخصصة، فإنها ستكون على الارجح مسئولة عن المساعدة في تنسيق شبكة من الخدمات التي تفي باحتياجات كل الذين يعانون من مشكلات مرتبطة بالمسكرات .

وقد أبدت بعض البلدان اهتماماً خاصاً بالنواحي الاحيـائية (البيـولوجيـة) لسوء استعمال الكحوليات، ولكن لم يتبين حتى الآن كيفية ربطها بـالعلاج. وقـد أثار القلق الحالي بشأن ضعف ذاكرة التعرف نتيجة لادمان المسكرات والانكـماش

المبكر للمخ مستوى عالٍ جداً من الاستعجال إلى الحاجة لاكتشاف تلف الدماغ في مرحلة مبكرة إذا ما كان الشفاء ممكناً. كما جعل أخصائيو العلاج السريري أكثر ادراكا للحاجة إلى تقييم ذاكرة التعرف قبل البدء في تطبيق اساليب العلاج التي تتطلب تعلم مادة جديدة في مرحلة لايكون المريض فيها قد شفى بعد بما يكفي ليكون قادراً على استيعاب تلك المعلومات الجديدة. والمأمول أن تؤدي تعديلات الاختبارات النفسية وأساليب تصوير الدماغ إلى تطورات هامة في هذا المجال.

لابد أن تركز أي دراسة للعلاج على الفرد، غير أن كثيراً من الاساليب، التي يرجح أن يكون لها أثر قوي على منع المشكلات المرتبطة بالمسكرات تتطلب بحد ذاتها عملاً جماعياً على مستوى المجتمع أو القطر كله. وقد ركزت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية في تقريرها عن المشكلات المرتبطة بتعاطي المسكرات على مثل هذه الأساليب الوقائية، وضمنت التقرير توصيات من شأنها الحد من إباحة المسكرات وخفض الطلب عليها من خلال التعليم والوسائل الأخرى.

* * *

الفصل الثالث
الدراسة المقارنة للقانون

٣ ـ ١ عام

أظهر المسح المقارن للقوانين التي شملتها الدراسة، أن النصوص المعمول بها في مختلف الأقطار أخذت في اعتبارها برامج علاج التعويل على المخدرات والمسكرات كليهما بصورة منفصلة أو مشتركة، وإن القوانين التي نصت على ذلك تقع تحت العديد من فئات التشريعات (مثل قوانين الصحة النفسية ـ قوانين الصحة العامة ـ القانون الجنائي ـ قوانين العلاج التخصصي) ولم تعن بعض الأقطار بوضع أي نصوص قانونية بشأن العلاج في أي من الفئات المذكورة. ومثال ذلك أنه لاوجود البتّة لتشريع يختص بعلاج التعويل على المسكرات في تايلاند، كما أن أقطاراً أخرى لم تصدر أي قوانين خاصة بشأن علاج التعويل على المخدرات. وفي العديد من الأقطار، تغطي قوانين الصحة النفسية كذلك علاج الأشخاص المعّولين. أما التصرف القانوني ازاء المعولين على المخدرات أو المسكرات فإنه في الغالب مشمول في القانون الجنائي (مثلاً في جرائم محددة بنص القانون) أو قانون الصحة النفسية (مثل الحجز الطاريء أو الحجز للملاحظة بسبب مرض عقلي يشكل خطراً على المريض أو على الغير، أو لإنعدام القدرة).

وقد وضعت أقطار عديدة قوانين كاملة في كلا مجالي المخدرات والمسكرات، بينما اقتصرت أقطار أخرى (مثل بولندا، وتايلاند) في تشريعاتها على مجال واحد منها. وكانت بعض الأقطار لاتزال في مرحلة وضع القوانين المناسبة (مثل باكستان). وفي معظم الأقطار، كانت قوانين المخدرات أو المسكرات جزءاً

من مجموعة واسعة من التشريعات مثل قوانين الصحة العامة وقوانين الصحة النفسية والقانون الجنائي .

ولم نجد في أي من أقطار منطقتي شرقي البحر الأبيض المتوسط وجنوب شرقي آسيا أي قوانين تحكم علاج التعويل على المسكرات .

وقد تناولت المراجعة الشاملة كافة النصوص القانونية المتعلقة بالعلاج سواء جاءت ضمن قانون الصحة العامة أو قانون الصحة النفسية ، أو تضمنت في قانون مستقل حول التعويل على المخدرات أو المسكرات يحوي نصاً صريحاً بشأن العلاج ، أو في القانون الجنائي .

وسنتناول بالدراسة مختلف المناطق وفقاً لتقسيم منظمة الصحة العالمية .

في منطقة أفريقيا أجرينا مسحاً للقوانين في كينيا ، مدغشقر ، موريشيوس ، نيجيريا ، السنغال ، وزامبيا . وكان واضحاً أن المشكلات المرتبطة بالمخدرات والكحوليات تتفاقم بصورة متزايدة في غرب أفريقيا . والأشخاص المعولين الذين يتلقون علاجاً من أي نوع هم في العادة الذين يذهبون بانفسهم للعلاج طوعياً . والغالب أن تكون النصوص القانونية التي تحكم علاج الأشخاص المعولين على الخمر والمخدرات جزءاً من قوانين الصحة النفسية . وفي نيجيريا مثلا ، لا يوجد أي برنامج لعلاج مثل هؤلاء المعولين ، بينما تشكل برامج العلاج عن طريق الحجز المدني الاجباري جزءاً من البرنامج العام للصحة النفسية . وفي كينيا ، تقدم الخدمات العلاجية بموجب برامج الصحة النفسية ، رغم عدم توفر أي سياسات أو قوانين مستقلة بشأن علاج التعويل على المخدرات والكحوليات . وفي موريشيوس توجد نصوص بشأن العلاج ضمن الأحكام الجزائية في قانون المواد المنشطة لسنة ١٩٧٤ . فإنه بالنسبة للأشخاص المدانين في جرائم يعاقب عليها هذا القانون ، يجوز للمحكمة (وفقاً لما تراه مناسباً ، وبالإضافة إلى أي عقوبة أخرى محكوم بها) أن تصدر أمراً باخضاعهم للعلاج أو التعليم أو العناية اللاحقة أو التأهيل أو الاندماج في المجتمع . ويتم حجز المعولين على المخدرات في مستشفى الطب النفسي بموجب أحكام قانون الأمراض العقلية لسنة

١٩٠٦، كما يمكن ادخالهم في بعض أجنحة المستشفيات العامة . وفي كل من السنغال وزامبيا ، تتوفر النصوص الخاصة بالعلاج في الآتي على التوالي : (أ) قانون العلاج الاجباري الذي يقضي بعلاج الادمان في مؤسسات خاضعة لإشراف وزارة الصحة العامة، (ب) اللوائح التنظيمية لاستعمال المخدر ات الخطرة والتي تسمح لأفراد الهيئة الطبية بوصف العقاقير المؤدية للادمان في أغراض علاجية .

في منطقة **الأمريكتين** توجد النصوص الخاصة بالعلاج في قوانين مستقلة أو ضمن قوانين الصحة العامة أو الشئون الاجتماعية أو الصحة النفسية أو القانون الجنائي حسب القطر المعني. ذلك أننا راجعنا التشريعات الصادرة في الأقطار التالية: الارجنتين، البرازيل، كندا، كولومبيا، المكسيك، بيرو، ترينداد وتوباجو، والولايات المتحدة الأمريكية.

في الأرجنتين، تتضمن القوانين الجنائية والمدنية على السواء نصوصاً تتعلق بعلاج التعويل على المخدرات، كما تنص على الحجز الاجباري. وفي البرازيل تتوفر النصوص الخاصة بعلاج ادمان المخدرات في القوانين الجنائية تحت باب مكافحة التهريب. وتوجد الأحكام المتعلقة بالعلاج كذلك في كولومبيا، والمكسيك، وبيرو، وترينداد وتوباجو في القوانين المدنية، وتشتمل على الحجز الاجباري. وفي كندا (الاتحاد والمقاطعات) كما في الولايات المتحدة الامريكية (الاتحاد والولايات) توجد نصوص تحكم علاج التعويل على الخمر والمخدرات في القوانين الجنائية والمدنية معاً. وفي كلا البلدين، يتوفر نص صريح بشأن الحجز الاجباري في كل من القوانين المتعلقة بالخمور والمخدرات وقانون الصحة النفسية. وفي ولايتي ماساشوستس وويسكونسن بالولايات المتحدة الأمريكية مثلاً، توجد النصوص الخاصة بالعلاج في القانون المدني وتقضي بالحجز الاجباري لعلاج التعويل على المخدرات والخمر. كما توجد أيضاً في القانون الجنائي حيث تقضي بتحويل المجرمين المدمنين إلى العلاج. ووجدنا في قوانين الولايتين المذكورتين برامج طوعية يدخلها المعولين على الخمر والمخدرات. وفي البرازيل، يوجد قانون خاص لعلاج الأشخاص المعولين على المخدرات يوضح معايير العلاج والشفاء على أساس علاج المريض داخلياً بصفة مبدئية. وفي بيرو،

صدر قانون ١٩٧٨ بهدف تجميع كافة الخدمات الصحية في القطر ليجعل منها نظاماً وطنياً متكاملاً. وبموجب هذا القانون، يعتبر التعويل على المخدرات واحدة من أهم مشكلات الصحة العامة؛ وقد نص القانون على اقامة خدمات علاجية متخصصة، وعلى اخضاع المعولين للعلاج الاجباري.

منطقة شرقي البحر الأبيض المتوسط: توجد بهذه المنطقة مجموعة متنوعة من التناولات القانونية التي تعكس تبايناً واسعاً في النظم الثقافية والدينية والقانونية ـ وقد جرت مراجعة القوانين السارية في الأقطار التالية: قبرص ـ مصر ـ العراق ـ باكستان ـ الصومال ـ تونس.

يخول القانون في قبرص (قانون العقاقير المخدرة والمواد المنشطة لسنة ١٩٧٧) مجلس الوزراء حق اصدار اللوائح التنفيذية التي تلزم أي طبيب ممارس بتبليغ السلطات عندما يعالج شخصاً يعتبره أو يشتبه في أنه «مدمن على العقاقير المحظورة». أما النصوص الوحيدة المحددة التي تحكم علاج المدمنين في قبرص فقد تضمنت في قانون صدر تنفيذاً لبنود المعاهدة الموحدة لسنة ١٩٦١ بشأن العقاقير المخدرة، ومعاهدة المواد المنشطة لسنة ١٩٧١ .

باكستان دولة اتحادية مؤلفة من أربعة أقاليم ومنطقتين تابعتين، وهي قطر اسلامي ٩٧٪ من سكانه مسلمين، وتحرم قوانين الشريعة الاسلامية على المسلمين تعاطي المشروبات الكحولية. وقد سمح قانون المحرمات (لاقامة الحد الإسلامي) الصادر في فبراير ١٩٧٩ لغير المسلمين وحدهم بحيازة كمية محددة من الخمور. ولا تتوفر في قانون الصحة النفسية المعمول به حالياً أي نصوص قانونية محددة بشأن العلاج، وإنما هناك مقترحات بذلك. وقد صدر بالفعل قانون جنائي تضمن أحكاماً لتجريم ادمان المخدرات ومعاقرة الخمر.

ولا يوجد في العراق أي قانون عام للصحة النفسية مع العلم بأن هناك مشروع قانون لايزال قيد الدراسة منذ عشر سنوات. وفي سنة ١٩٨١ تمت الموافقة على مرسوم يقضي بعلاج الاشخاص المعولين على المخدرات والخمر في مؤسسات خاصة للرعاية الصحية داخل القطر العراقي تتعامل مع التعويل على

المخدرات والخمر بصورة متخصصة.

وفي منطقة غربي المحيط الهادي: أظهرت مراجعة القوانين السارية تبايناً في التناولات القانونية في الأقطار التي شملتها الدراسة وهي: استراليا ـ هونج كونج ـ اليابان ـ ماليزيا ـ الفلبين ـ سنغافورة. في هونج كونج ترتكز الاستراتيجية الشاملة لمكافحة ادمان المخدرات على العناصر الرئيسية التالية: (١) تنفيذ القانون، (٢) العلاج والتأهيل، (٣) الوقاية والتعليم والدعاية، (٤) التعاون الدولي. ويتم التركيز بصفة اساسية على تنفيذ القانون. وقد صدرت مؤخراً تعديلات هامة على القانون اشتملت على: (أ) التقديم للمحاكمة بسبب حيازة كمية من المخدرات قابلة للاستعمال مهما كانت ضآلتها، (ب) اضفاء الحماية على الممارسين الذين تستخدمهم شرطة هونج كونج في عمليات البحث الذاتي في ثنايا أجسام مروجي المخدرات حيث كانت هذه الحماية قاصرة من قبل على الممارسين الذي يؤدون نفس هذا العمل لدى ادارة الجمارك والضرائب. وتوجد في هونج كونج ثلاثة برامج رئيسية للعلاج: برنامج الحجز الاجباري وتتولاه إدارة السجون، وبرنامج علاج خارجي باستعمال الميثادون تقدمه ادارة الصحة والشئون الطبية، وبرنامج علاج داخلي طوعي تديره جمعية مساعدة وتأهيل مدمني المخدرات. وقد ذكر «تقرير عن المخدرات في هونج كونج» لسنة ١٩٨٠[١٦] الذي أعدته لجنة العمل الحكومي لمكافحة المخدرات، إن برنامج ادارة السجون وضع لتلبية احتياجات مدمني المخدرات الذين تدينهم المحاكم في جرائم المخدرات وغيرها من الجرائم الصغيرة والذين ترى المحكمة أن البرنامج يناسبهم. وقد وضع برنامج العلاج الخارجي بالميثادون (ادارة الصحة والشئون الطبية) بصفة أساسية لأولئك الذين يجدون في أنفسهم حافزاً على التخلي عن تعاطي الهيروين والأفيون، ولكنهم ليسوا مستعدين للبقاء في مركز علاج مع الاقامة الداخلية لمدد طويلة نسبياً بسبب وظائفهم أو مشاكل عائلية مثلاً. وتتولى جمعية مساعدة وتأهيل مدمني المخدرات المعروفة باسم «ساردا» تلبية احتياجات مدمني المخدرات الباحثين عن علاج خارجي وعناية لاحقة على أساس طوعي حيث يقدّم هذا البرنامج تسهيلات اجتماعية علاجية في مركزين للعلاج تابعين

للجمعية. وقد ذكر مؤخراً أن جهوداً تبذل من قبل ادارة سجون هونج كونج والوكالات التطوعية لاقامة وتقوية الروابط المؤسسية المناسبة بين البرامج الطوعية وغير الطوعية.

وفي استراليا حيث تعتبر البرامج الصحية من الشئون التي تختص بها كل ولاية على حدة، توجد برامج العلاج في العديد من القوانين المختلفة. في ولاية فيكتوريا تشمل برامج علاج ادمان المخدرات والخمر نصوصاً بشأن قبول العلاج الطوعي وغير الطوعي. وكذلك تتوفر احكام قانونية اخرى بشأن العلاج في مجموعة تشريعات الصحة النفسية وقانون المرور.

وفي قانون الصحة النفسية الياباني نص بشأن العلاج الإلزامي لمدمني المخدرات الذين يتعاطون المواد المنشطة إن وجد أن الشخص المعني يمثل «خطراً على نفسه وعلى الآخرين بسبب الادمان». وفيما يتعلق بادمان المخدرات، يوجد نص للعلاج الالزامي وفقا لأحكام قانون مكافحة المخدرات لسنة ١٩٥٣ وتعديلاته. إلا أن اليابان تركز بصورة أساسية على القانون الجنائي الذي يتضمن عقوبات مشددة، والعلاج والتبليغ الاجباري وفحص البول والحضور أمام الجهة المختصة لإثبات حالته. وإلى جانب ذلك يوجد ايضا برامج للعلاج الطوعي. وقد نشرت وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية تقريراً موجزاً عن الوضع في اليابان[١٧].

في ماليزيا والفلبين وسنغافورة، تركز التشريعات على ضرورة تطبيق القانون بكل صرامة وعلى العلاج الإلزامي وفقا لنصوص القانون الجنائي. واضافة لذلك يوجد قانون مستقل بشأن دخول المستشفى طوعاً (الفلبين) وكذا دخول مدمني المخدرات طوعاً إلى مراكز التأهيل (ماليزيا).

في المنطقة الأوروبية: تختلف التشريعات اختلافاً كبيرا من قطر إلى قطر. وقد اجرينا مسحاً شاملاً للقوانين الصادرة في فنلندا وفرنسا وجمهورية المانيا الاتحادية والمجر واسرائيل وايطاليا والنرويج وبولندا والسويد وسويسرا والمملكة المتحدة (انجلترا وويلز) واتحاد الجمهوريات السوفيتية (جمهورية روسيا السوفيتية

الاشتراكية). في الغـديد من الأقـطار وجدنـا قوانـين برامـج العلاج متضمنـة في قوانين الصحة العامة أو نصوص الصحة النفسيـة. وفي أقطار اخرى (مثل فنلندا والمجر) اقتصرت القوانين التشريعية بشكـل كلي تقـريباً عـلى ادمان المسكـرات. وهكذا نجد في المجر قانوناً ينص على العلاج الخارجي الطوعي والعلاج الإلزامي في المؤسسات الخاصة بالادمان على الخمـر. وقد ذكـرت بعض التقاريـر أن ادمان المذيبات العضوية آخذ في الازدياد بين الشباب، لكن الـزامهم بالعـلاج اجباريـاً غير ممكن بموجب القوانين المعمول بها حالياً.

نشرت لجنة الصحة العامة الأوروبية التابعة للمجلس الأوربي تقريـراً سنة ١٩٨٠ بشأن علاج ادمان المخدرات[١٨] ركـزت فيه الاهتـمام بصفة خـاصة عـلى (أ) اهداف العلاج، (ب) العلاج والاندماج في المجتمع، (جـ) مـرافق العلاج، (د) الأفراد العاملين، (هـ) تقويم البرامج القائمة في الدول الاعضـاء. وقد تبنت لجنة وزراء المجلس الأوربي فيما بعد وأوصت حكوماتها المعنيـة ببعض الاجراءات المتعلقة بعلاج مدمني المخدرات واعادة دمجهم في المجتمع (توصية رقم ر(٨٢) ٦ التي تمت الموافقة عليهـا بتاريـخ ١٦ مارس ١٩٨٢) وكـذا للوقايـة من المشكلات المرتبطة بـادمان الخمـر وبخاصـة فيما بـين الشباب (تـوصية رقم ر(٨٢) ٤ بنفس التاريخ المذكور).

في جمهورية المـانيا الإتحـادية، يكـون علاج مـدمني المسكرات والمخـدرات طوعياً بصفة أساسية ويتولاه طبيب الأسرة أو الوكالات الحكومية (على المستويـين الاتحادي والمقاطعات) أو التنظيمات الكنسية التي تقـدم العون والمشـورة والدعم. وتتوفر أحكام قانونية عديدة بشأن مدمني المسكرات والمخدرات في مواد مختلفة من القانون. وتوجد تشريعات صحية على المستوى الاتحـادي بالإضـافة إلى القـوانين الصحية في الأقاليم الألمانية، كـما تحتوي قـوانين التـأمينات الاجتـماعية والقـانون الجنائي على نصوص قانونية تتعلق بعـلاج المدمنـين. ويسمح القـانون الاتحـادي رقم ٢٨ لسنـة ١٩٨١ بالتنـازل عن أو تأجيـل النطق بـالحكم شريـطة أن يـوافق المجرم المدان على العلاج.

وفي منطقة جنوب شرقي آسيا، راجعنا القوانين الصادرة في كل من بنجلاديش، وبورما والهند واندونيسيا وتايلاند. لم تسنّ في بنجلاديش أو الهند قوانين خاصة تحكم علاج مدمني المخدرات والمسكرات. غير أنه ذكر بأن «قانون العقاقير المخدرة» المقترح يتضمن نصوصاً بشأن علاج وتأهيل مدمني المخدرات. ولا توجد في الهند مصحات خاصة لمدمني المخدرات، حيث يجري علاجهم في مصحات الأمراض العقلية في جميع انحاء البلاد.

ولم نجد في أي من الأقطار الخمسة التي خضعت للدراسة في المنطقة قانوناً واحداً بشأن علاج المعولّين على الخمر. وفي بورما واندونيسيا وتايلاند، تقضي النصوص القانونية بالعلاج الاجباري لمدمني المخدرات. وتنطبق الأسباب القانونية المتعلقة بالعلاج الاجباري في بورما على فئتين بصفة خاصة:

أ ــ مدمنو المخدرات والعقاقير الخطرة الأخرى.

ب ــ «المستعملون العارضون» أوالذين يتعاطون تلك العقاقير اتفاقاً (للمشاركة أو البهجة). وفي اندونيسيا، حدد القانون صنفين من الناس هما المدمنون الاحداث (تحت السن القانونية) والبالغين، بينما يلتزم بتقديم العلاج الاجباري في تايلاند لأي شخص مدمن على المواد المنشطة.

وتوجد في قانون بورما نصوص بشأن علاج المعولين على المخدرات المعروضين على نظام القضاء الجنائي، وكذلك في اندونيسيا وتايلاند. ويمكن ادخال المدمنين الذي ادانتهم المحكمة إلى مستشفيات السجون للعلاج في بورما. وتسمح قوانين اندونيسيا بعلاج مدمني المخدرات (التطبيب والتمريض) وتأهيل المدمنين السابقين (على نفقة المدمن نفسه) في مراكز التأهيل التي تديرها الحكومة. ومن بين الأمور المثيرة للاهتمام ذلك النص من قانون المخدرات لسنة ١٩٧٩ في تايلاند والذي يقضي باعفاء الشخص الذي تعاطي بعض المخدرات وتقدم بطلب للعلاج في مؤسسة طبيب قبل اتهامه بجريمة محددة أو القبض عليه بمعرفة الشرطة، والتزم بكل جدية بعد ذلك بنظم العلاج وحصل على شهادة تؤكد هذا الإلتزام، من العقوبات المنصوص عليها للجرائم المعنية.

ويوضح الجدول رقم (١) موجزاً بأنواع القوانين التي وجدناها علماً بأننا أوردنا ملخصاً للقوانين ذاتها في الملحق (٢).

جدول رقم (١)
تشريعات خاصة في شأن علاج الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات

القطر أو المنطقة التابعة	القوانين الحالية			لا توجد قوانين
	المعولون على المخدرات	المعولون على المسكرات	المعولون على المخدرات والمسكرات	
الأرجنتين				
استراليا (فيكتوريا)			×	
بنجلاديش				×
البرازيل	×			
بورما	×			
كندا				×
(كولومبيا البريطانية)	×			
(نوفا سكوتيا)	×			
كولومبيا	×			
قبرص				
مصر	×			×
فنلندا				
فرنسا	×		×	
جمهورية المانيا الاتحادية	×	×		
(بافاريا)				×
(هامبورج)				×
هونج كونج	×			
المجر		×		
الهند				×
اندونيسيا	×			
العراق			×	
اسرائيل	×			

القطر أو المنطقة التابعة	القوانين الحالية			لا توجد قوانين
	المعولّون على المخدرات	المعولون على المسكرات	المعولون على المخدرات والمسكرات	
إيطاليا	×			
اليابان	×			
كينيا				×
مدغشقر				×
ماليزيا	×			
موريشيوس	×			
المكسيك	×			
نيجيريا				×
النرويج	×			
باكستان				×
بيرو	×			
الفلبين	×			
بولندا		×		
السنغال	×			
سنغافورة	×			
الصومال	×			
السويد	×	×		
سويسرا	×			
(جنيف)		×		
(سانت جالين)		×		
تايلاند	×			
ترينداد وتوباجو		×		
تونس	×			
روسيا السوفيتية		×	×	
المملكة المتحدة				
(انجلترا وويلز)		×		
الولايات المتحدة	×			
(ماساشوستس)	×	×		
(ويسكونسن)		×		
زامبيا	×			

إضافة إلى توفير المعلومات عن نوع القوانين السارية ـ إن وجدت ـ في مختلف الأقطار، أظهر المسح أيضاً بعض المشكلات الخطيرة المرتبطة بتلك القوانين، نذكر منها:

١ ـ صدرت في بعض الأقطار تشريعات خاصة، ولكن أسباباً عديدة تضافرت عليها فلم تجد طريقها للتنفيذ أبداً.

٢ ـ في بعض القوانين التي صيغت بعبارات رائعة نصوص بشأن برامج علاجية مناسبة، إلا أن الموارد المطلوبة في صورة مباني صحية ومعالجين مؤهلين لم تتوفر بتاتاً.

٣ ـ بعض القوانين مبتسرة أو جزئية، وبالتالي فإنها لا تشجع على قيام الأساليب العلاجية الشاملة المنسقة.

٤ ـ كان واضحاً في بعض الأقطار أن القانون أصبح قديماً وان نصوصه المتقادمة صارت شيئا من ماض بعيد، ومع هذا فلا يوجد نظام للمتابعة المتقادمة بهدف تحديث تلك النصوص.

٥ ـ لاتوجد في أقطار عديدة أي نصوص قانونية فعالة في شأن علاج المعولين على المسكرات والمخدرات، حيث كان القانون الوحيد المعمول به في هذا المجال هو القانون العام للصحة النفسية.

٦ ـ لا تنص بعض القوانين على العلاج الاجباري، وتبعاً لذلك فهي لا تذكر شيئاً حول العلاج الطوعي الذي يتوجه إليه المدمن باختياره.

٧ ـ تشتمل بعض القوانين على ضمانات غير كافية لحماية الحقوق الشخصية للمعولين على المخدرات والمسكرات.

٨ ـ تعرقل بعض القوانين السارية جوانب هامة في برامج العلاج بدلاً من أن تعمل على تشجيعها.

وقد تناولنا هذه المشكلات بالتحليل في هذه الدراسة سواء في سياق تحليل النصوص التشريعية السارية، أو كجزء من فصل يناقش الخطوط الإرشادية والأساليب البديلة.

ومع هذا فلا بد لنا من الاعتراف بأن قدرتنا على تغطية كل هذه النواحي كانت تحدها الموارد المالية التي توفرت لهذه الدراسة. وعليه فإننا نقترح بأن تكون المشكلات التي حددناها موضوعاً لبحث متعدد الجوانب يجري مستقبلاً.

٣ - ٢ التعريفات القانونية للتعويل على المسكرات والمخدرات

يلمس موضوع التعريفات جانبا كبيراً من دراستنا للقوانين الوطنية. وقد انصب اهتمامنا مبدئيا على ما يقره القانون أساساً بلغة قانونية تعريفاً لعبارات «التعويل على المسكرات» و«التعويل على المخدرات» و«العلاج». وكانت هناك أسباب عديدة لعدم احتواء القانون في قطر معين على تعريفات قانونية (أو تمييز لخصائص) الشخص المعول على الخمر أو المخدرات. وأهم سبب واضح هو أن معظم النصوص المتعلقة بالعلاج جاءت ضمن قوانين الصحة النفسية التي تركز جميعها بصفة رئيسية على تعريف «المرض العقلي» وأسباب «الحجز المدني» (مثل الخطر على النفس أو على الغير) إلا أن القوانين التي استوفت صياغتها القانونية بعناية، احتوت على قسم يعطي تعريفات دقيقة لأهم المصطلحات حسبما وردت في النص القانوني الذي جرت مراجعته.

وقد وجدت تعريفات قانونية محددة لعبارة «التعويل على المخدرات» أو «التعويل على الخمر» أو ما يكافئهما من مصطلحات، في القوانين السارية في بورما، وكندا، وكولومبيا، وفنلندا، وهونج كونج، واندونيسيا، واسرائيل، واليابان، وماليزيا، والمكسيك، والفلبين، وسنغافورة، وتايلاند، واتحاد الجمهوريات السوفيتية، والمملكة المتحدة، والولايات المتحدة الامريكية.

وفي بعض الأقطار استخدم السلوك الصحيح للشخص بمثابة اختبار للتعويل على الخمر أو المخدرات. فنجد أن القانون الفنلندي الذي يحكم علاج الاشخاص الذين يسيئون استعمال المسكرات، ينطبق على الأشخاص الذين اعتادوا السكر بمعنى تكرار اساءة استعمال المواد الكحولية وغيرها من المسكرات،

والذين يندرجون تحت واحد من الاختبارات القانونية السبعة التي تتراوح بين «ابداء العنف بصورة ظاهرة والاعتداء على الزوج والابناء» وتنتهي إلى «الحاجة إلى المساعدة الاجتماعية».

في بولندا، لايوجد في القانون الخاص بالعلاج الاجباري «للتعويل على الخمر» تعريف محدد لهذا المصطلح، إلا أن القانون نفسه يقرر بأنه «يجب أن يتلقى علاجاً اجبارياً.. كل مدمن على الخمر يتسبب سلوكه في تفسخ الحياة الاسرية، أو افساد اخلاق الأبناء القصر، أو تهديد الأمن في محيطه، أوالاخلال بالامن والنظام العام».

وتوجد نصوص العلاج في الغالب ضمن قوانين الصحة العامة. ويعكس ذلك تركيزها على الوقاية والوسائل المرتبطة بذلك، بحيث لا يعتمد التعريف المحدد للشخص المعول على المخدرات أو الخمر أمراً مطلق الأولوية نظراً لأن مثل هذه العبارات لا تحتمل أهمية كبرى في مثل هذه القوانين.

وفي حالات اخرى، كانت هناك إشارة عامة الى «التعويل على الخمر والمسكرات» سواء في القانون أو في لوائح تنفيذية أو توجيهات أو قرارات. وهكذا فإنه رغم عدم وجود قانون خاص بالعلاج في باكستان (ذكرنا في موضع آخر أن هناك تحركاً جدياً لاستحداث مثل هذه النصوص في القوانين الباكستانية) إلا أنها طرف في المعاهدة الموحدة بشأن المخدرات. وقد صدر قرار في ٨ مارس ١٩٧٣ يقضي بانشاء «مجلس مكافحة المخدرات» والوفاء بالتزامات باكستان بموجب تلك المعاهدة.
وقد دعا القرار إلى «تأهيل المدمنين» ولكن لم يورد أي تعريف لما تعنيه عبارة «التأهيل» أو «المدمن».

وفيما يلي أمثلة لبعض التعريفات التي وجدت في القوانين المختلفة لعبارة «التعويل على المخدرات» (أو أي عبارة أخرى مكافئة):

القطر	التعريف
ـ كنـدا (نوفاسكوتيا)	«التعويل على المخدرات» هو حالة الإعتماد النفسي أو البدني (أو كـلاهما) عـلى واحد أو أكـثر من مواد كيميـائية تؤدي إلى تغيـير المـزاج، أو الإدراك أو الإحسـاس، أو السلوك بصـورة يـظهـر ضررها واضحاً عـلى الشخص أو المجتمع (أو كـلاهما) نتيجـة استعمال أو تعاطي واحد أو اكثر من هـذه المواد بصفـة دورية أو مستمـرة، بمـا في ذلـك استعـمال النيكـوتـين أو الكحـول (أو كلاهما).
ـ كولومبيا	«التعـويل عـلى المخدر» حـالة شخصيـة تتحقق نتيجة لتعـاطي العقاقير المخدرة بأي طريقة بصفة دورية أو مستمرة.
ـ اندونيسيا	«الشخص المعـول على المخـدرات» هـو ذلـك الـذي يتعـاطي العقاقير المخدرة ويصبح في حالة اعتماد نفسي أو بدني عليها.
ـ العراق	«الشخص المعـول على المخـدرات» هـو الـذي يتعـاطى المـواد المخـدرة (بما في ذلـك الكحول) إلى المـدى الذي يصـل بـه إلى مرحلة من الاختلال الجسـماني أو العقلي الـواضح بصـورة تؤثر عـلى صحته النفسيـة أو الجسمانيـة، أو على متـطلبـات حيـاتـه الاقتصـادية، أو تـظهر عليـه أعراض لـدرجة تستلزم عـلاجـه طبياً.
ـ ماليزيا	يتعرض «الشخص المعول على المخدرات» من خلال تعاطي أي مخدرات خطرة، إلى حالة نفسية أو جسمانية تميزها ردود فعل سلوكية وغيرها بما في ذلـك الاضطرار إلى تعـاطي المخدرات بصفة دورية أو مستمرة لكي يعاني من مفعولها النفسي ولكي يتجنب احساسه بعدم الراحة عند غياب المخدر».
ـ المكسيك	«الشخص المعّـول على المخـدرات» خلاف تلك التي تستعمـل لاغراض علاجية، هو ذلـك الذي يتعـاطى طواعيـة، أو يعاني من الحاجة إلى تعاطي أي عقاقير مخدرة أو مواد منشطة.

القطر	التعريف
ـ الفلبين	«التعويل على المخدرات» هو حالة من الاعتماد النفسي أو البدني (أو كلاهما) على أحد المخدرات الخطرة، تنشأ لدى الشخص نتيجة لتعاطي أو استعمال هذا المخدر بصفة دورية أو مستمرة.
ـ سنغافورة	«مدمن المخدرات» نتيجة لتعاطي أي مخدرات محظورة هو ذلك الذي (أ) تكونت لديه رغبة أو حاجة لاستمرار تعاطي هذه المخدرات المحظورة، أو (ب) تكونت لديه حالة من التعويل النفسي أو الجسماني على مفعول مثل هذه المخدرات المحظورة.
ـ تايلاند	«الشخص المعّول»: هو الذي يتعاطى أو يبتلع أو يستعمل بأي طريقة، مادة منشطة، وتظهر عليه أعراض ادمان هذه المادة المنشطة.
ـ المملكة المتحدة	يُعتبر الشخص «مدمناً على المخدرات» إذا أصبح فقط نتيجة لتكرار تعاطيها معولاً على المخدر بحيث تتكون لديه رغبة لايمكن كبحها للإستمرار في تعاطيه.

٣ ـ ٣ التعريفات القانونية لوسائل العلاج

في عدد ضئيل من الأقطار (مثل بورما، كولومبيا، أندونيسيا) كان هناك تعريف محدد لمصطلح «العلاج» أو «التأهيل» (أومصطلح معادل) في النصوص القانونية. وتضمنت نصوص في بعض الحالات مصطلحات أخرى مثل: «الأندماج» أو «العودة للمجتمع» فيما يتعلق بالرعاية اللاحقة للمرضى بعد علاجهم طبياً. لكنّنا لم نعثر على تعريف محدد للمصطلحين الأخيرين. غير أن بعض القوانين حددت وسيلة أو نوع العلاج الذي يجب توفيره، وخاصة في النصوص التي وردت بشأن «علاج الادمان» من جراء التعويل على المخدرات أو المسكرات. وفي أغلب الحالات، كانت تلك هي وسيلة العلاج الوحيده المحددة.

وإذا تحددت وسيلة العلاج في أصل القانون التشريعي، فإنه يصعب اجراء التعديلات اللازمة عليه بسرعة، مما يفقده المرونة المطلوبة. فإذا رغب التشريع من ناحية أخرى في تأكيد ضرورة التزام طريقة علاج واحدة معينة، فإنه لاشك سيجد مثل هذا الاجراء مطلوباً.

أما الوسيلة القانونية التي تستخدم عادة لانجاز اهداف السياسات مع الإحتفاظ بالمرونة اللازمة فإنها تتمثل في تخويل وزارة الصحة مثلاً لاصدار لوائح تنظيمية (توجيهات ـ تعاميم) مستنبطة من القانون الأساسي تحدد برامج العلاج التي يجب الالتزام بها. وهكذا نجد النواحي الاجرائية في برامج العلاج منفصلة في اللوائح والتوجيهات والأوامر الوزارية. وكذلك تحتوي هذه النصوص على الكثير من القواعد الإدارية (والقانونية) التي تحكم العمل اليومي بكل من برامج ومرافق العلاج.

وفي معظم الحالات، تخول سلطة اختيار وسيلة العلاج الرئيسي للمؤسسة العلاجية أو السلطات المحلية المسئولة عن مراقبة وتوجيه برنامج العلاج. وتلك هي الحال في المجر مثلاً، حيث تتوفر نصوص قانونية للعلاج الطوعي والاجباري. وقد أصدرت المجر المراسيم اللازمة لتنفيذ «قانون الرعاية وعلاج إدمان المسكرات» وجاء فيها أن «لرئيس القسم الإستشاري بأقرب مستشفى طبي إلى محل إقامة أو عمل الشخص المعني، سلطة تقرير طريقة العلاج التي يجب اتباعها في أقسام العلاج الخارجي». ويجوز أن يطلب هذا الشخص الحصول على العلاج داخلياً، فيجري له فحص طبي شامل ويصدر قرار العلاج الداخلي من مدير قسم علاج الادمان الكحولي بأقرب مستشفى إلى مسكن المريض.

٣ ـ ٤ الحجز المدني الاجباري

نعني «بالحجز المدني الإجباري» ايداع شخص بصورة اجبارية بأمر قضائي أو اداري في مؤسسة علاج داخلي لعلاجه من التعويل على المخدرات أو المسكرات استناداً إلى أسباب نص عليها القانون المدني. وقد وجدنا نصوصاً

بشأن «الحجز المدني الإجباري» في القوانين السارية في اكثر من نصف عدد الأقطار التي شملتها الدراسة. أما الأقطار الأخرى التي لم نجد بها مثل هذه النصوص، فكانت في الغالب تلك التي لم تسن قوانين بشأن الإيداع في المؤسسات العلاجية بالمرّة. وقد وجدت نصوص في شأن الحجز المدني الاجباري في خمس فئات من القوانين هي:

أ ـ القانون العام للصحة النفسية.
ب ـ قانون الصحة النفسية الذي يضم بصفة خاصة نصوصاً بشأن ادمان المخدرات والمسكرات.
جـ ـ قانون خاص في شأن الحجز المدني للتعويل على المخدرات.
د ـ قانون خاص في شأن الحجز المدني للتعويل على الخمر.
هـ ـ تناولات قانونية مشتركة.

وتنوعت أسباب الحجز المدني الإجباري تنوعاً كبيراً استناداً إلى عوامل عديدة منها نوع القانون الذي ضم هذه النصوص. ومثال على ذلك أن قانون الصحة النفسية يحدد في العادة أن السبب في حجز الشخص أنه أصبح يشكل خطراً على نفسه أو على الغير، أو أنه يعاني من اضطراب عقلي ناشيء عن التعويل على الخمر أو المخدرات، أو مصاب بتدهور عقلي شديد. وفي بعض القوانين الخاصة بالمخدرات أو المسكرات، كان المعيار الوحيد المنصوص عليه لحجز الشخصي هو التعويل على المخدرات أو الخمر (كندا ـ نوفا سكوتيا ـ اندونيسيا، اليابان، ماليزيا، المكسيك، بيرو، سنغافورة، تايلاند، تونس) وكذلك يعتبر من ضمن المعايير أن يؤدي الإدمان إلى الوهن أو العجز الصحي، وأن يكون الشخص مناسباً لتلقي العلاج.

وفي أقطار كثيرة، ورد في قانون الصحة النفسية تعريف محدد «للسلوك الخطر» الذي اعتبره القانون سبباً رئيسياً لحجز المريض عقلياً. وذكر التعويل على المخدرات والخمر في كثير من الاحيان باعتباره عاملاً يصاحب أو يساهم في هذا السلوك الخطر أو المرض العقلي. ولا يحتاج هذا السلوك بالضرورة أن يشكل

عملاً غير قانونياً ولا أن يذهب بـالشخص المعني إلى محاكم القضـاء الجنائي بـأي حال.

كـذلك وجـدت نصوص بشـأن العـلاج الاجبـاري لـمدمني المخـدرات في التشريعات المعمول بها في كثير من الأقـطار التي خضعت للدراسة. ومنها وجد في تايلاند أن القانون الخاص بالمواد المنشطة لسنة ١٩٧٥ يخول السكرتير العام لشعبة «مكافحة المخدرات» سلطة حجز الشخص المعول على المخدرات لعلاجه وتأهيله لمدة تصل إلى ١٨٠ يوماً في مصحة مغلقة أو مركز للتأهيل. ويجوز كذلـك أن تمتد فترة العلاج أكثر من ١٨٠ يوماً، وعلى وزارة الصحة العامة توفـير المرافق الـلازمة للعلاج والتثقيف والتدريب والعناية الـلاحقة وتـأهيل هؤلاء الأشخاص المعولـين حتى يتحرروا من الإدمان ويعودوا إلى الاندماج في المجتمع. وبمـوجب نفس هذا القانون، يجوز فرض غرامة أو الحكم بالسجن على الشخص المعول الذي يرفض العلاج أو التأهيل.

وفي منـطقة الأمـريكتين، تـوجد عـدة أقطار نصت قـوانينها عـلى العـلاج الإجبـاري. ومنها نجـد القانـون في بيرو قـد الـزم الشخص المعـول بـأن يخضـع للعلاج سواء في بيته أو في مؤسسة متخصصة أو في مركز تأهيـل حكومي. ويجـوز للمدمن نفسه أو لأقاربه أو للمحكمة طلب اخضاعه للعلاج على أن يتم الكشف عليـه أولا بمعرفـة طبيب أخصائي. ويكـون العلاج طـوعياً بـاستثنـاء العـائـدين للإدمان، فيصبح علاجهم اجبارياً، ويتم بالضرورة في المركز الحكومي الـرسمي لعـلاج التعويـل على المخـدرات وذلـك بمـوجب أمـر صـادر عن المحكمـة. وفي كولومبيا، ينص المرسوم التشريعي رقم ١١٨٨ الصادر في ٢٥ يـونيو ١٩٧٤ عـلى أن «الأشخاص ـ حتى بدون أن يرتكبوا أي جريمة تحت طـائلة هذا المـرسوم (أي تهريب المخدرات، الخ) ـ الذين يعانون من أثر تعاطي العقاقير أو التي ينتج عنها تعـويل جسـماني أو نفسي ـ ملزمون بـالحصول عـلى العلاج الـلازم لحـالتهم. وفي المكسيك، تتطلب لائحة ٢٣ يوليـو ١٩٧٦ بشأن المخـدرات والمواد المنشـطة قيام المهنيين العاملين في مجالات الصحة ممن يعالجون حالات إدمان مخدرات، باخطار وزارة الصحة والشئون الاجتماعية عن حالة المريض وأن يبدوا رأيهم فيـها إذا كان

التدخل السريري مطلوباً من جانب الوزارة. وفي الحالات المناسبة، تصدر الوزارة أمراً بادخال المريض في أي مؤسسة لعلاج التعويل على المخدرات وفقاً لما حددته هذه اللائحة.

كذلك توجد في المنطقة الأفريقية نصوص بشأن «علاج الإدمان» اجبارياً. ففي تونس، خوّلت لجنة التعويل على المخدرات سلطة إجبار أي مدمن على المخدرات على «علاج الإدمان» في مركز علاجي متخصص وفقاً للشروط التي حددّها أمر صادر من وزارة الدولة للصحة العمومية. وفي الصومال، ينص القانون رقم ٤٦ الصادر في ٣ مارس ١٩٧٠ على جواز «الزام أي شخص يتبين خطورته على نفسه أو على الغير بأي شكل نتيجة لتدهور قواه العقلية بشدة بسبب الاعتياد على سوء استعمال العقاقير المخدرة، بأن يخضع «لعلاج الإدمان» سواء بطلب من سلطات الشرطة أو أي طرف آخر».

وتتوفر كذلك في العديد من أقطار جنوب شرقي آسيا نصوص بشأن العلاج الإجباري بعد توقيع الكشف الطبي. وبمقتضى قانون سوء استعمال العقاقير المخدرة لسنة ١٩٧٣ الصادر في سنغافورة، إذا قرر الفحص أو الملاحظة أن شخصاً يدمن المخدرات بحاجة للعلاج، فإنه يجوز للمكتب المركزي للمخدرات إجبار هذا الشخص على العلاج في مؤسسة معتمدة. وبمقتضى قانون العقاقير الخطرة لسنة ١٩٥٢ في ماليزيا، يجوز بعد اجراء الفحص الطبي والتقرير بأن المريض مدمن مخدرات بشهادة الطبيب ويجب اخضاعه للعلاج، أن يأمر القاضي بعلاجه في «مركز التأهيل» مدة تصل إلى ستة شهور.

ويجوز أن تكون المراقبة على المريض لمتابعة حالته بعد انتهاء فترة الحجز الاجباري في المستشفى إما إجبارية أو اختيارية. وفي المنطقة الأوربية، ينص القانون الجنائي الاتحادي في سويسرا على أنه «يجوز للإدارة المحلية في الكنتونات السويسرية، أن تأمر بحجز الاشخاص المعولين على المخدرات في المستشفى لغرض علاج الادمان ومعالجتهم بحيث يلي فترة الحجز بالمستشفى علاج خارجي أو مراقبة للحالة». ويقضي القانون في جمهورية روسيا السوفيتية (احدى جمهوريات الاتحاد السوفيتي) باخضاع الاشخاص المعولين على الخمور والمخدرات للملاحظة

والعلاج بصورة مستمرة في مراكز متخصصة للمتابعة. ويمكن حجز هؤلاء الاشخاص اجباريا لعدم قبولهم العلاج طوعا أو لاستمرارهم في سوء استعمال الكحوليات أو تعاطي المخدرات بعد العلاج. وبمقتضى المرسوم المؤرخ في ٢٥ اغسطس ١٩٧٢ يصير الاشخاص المعوّلون على المخدرات ممن يتطلب علاجهم في مؤسسات علاجية ولكنهم يرفضون العلاج، عرضة للحجز الاجباري (بناء على أمر تصدره المحاكم الشعبية في البلديات) في مصحات داخلية للعلاج والتأهيل للعمل يتلقون فيها علاجاً اجبارياً لمدة تتراوح من ستة شهور إلى سنتين. ويجب الرجوع إلى نص المرسوم للحصول على تفاصيل مفيدة بخصوص الحجز الاجباري، واجراءات الدعوى القضائية، ومدة الحجز، وغير ذلك من الاحكام الادارية والتنفيذية.

ويبين الجدول رقم (٢) مجموعة الأقطار التي تتضمن قوانينها نصوصاً بشأن العلاج الاجباري للأشخاص بمقتضى (أ) قانون الصحة النفسية، (ب) القوانين الخاصة بشأن التعويل على المخدرات. (جـ) القوانين الخاصة بشأن التعويل على المسكرات. وهناك بالطبع درجة من التداخل تستدعي الرجوع إلى أصول تلك التشريعات مباشرة للحصول على معلومات اضافية.

ويقضي القانون السويدي بشأن حجز الاشخاص السكارى بأنه يجوز لرجل الشرطة التحفظ على أي شخص يتواجد في مكان عام في حالة سكر واضح نتيجة تعاطيه مشروبات كحولية أو مسكرات اخرى، إن كان ظاهراً ان حالته لا تمكنه من رعاية نفسه، أو كان يشكل خطراً على نفسه أو على الغير. كذلك يقضي القانون بأن يساعد رجل الشرطة هؤلاء الأشخاص في الحصول على المساعدة الطبية والاجتماعية اللازمة.

وفي فنلندا، ينص القانون رقم ٩٦ الصادر في ١ فبراير ١٩٦١ على الفحص والعلاج الاجباري للاشخاص الذين يسيئون استعمال المسكرات، كما يحتوي على أحكام مطولة وتفصيلية بشأن العلاج الاجباري لمدمني الخمر. وكذلك ينص القانون رقم ١٠ لسنة ١٩٧٤ في المجر على العلاج الاجباري لمدمني المسكرات في المؤسسات المتخصصة. وبصورة عامة نجد أن قرار احتجاز السكير

جدول رقم (٢)
الحجز المدني الاجباري

نوع القانون	القطر
الصحة النفسية	بنجلاديش ـ المانيا الاتحادية (بافاريا ـ هامبورج) ـ اليابان ـ النرويج ـ باكستان ـ الصومال ـ ترينداد وتوباجو ـ المملكة المتحدة (انجلترا ـ وويلز) ـ الولايات المتحدة الامريكية (ماساشوستس ـ وويسكونسن)
التعويل على المخدرات	الأرجنتين ـ بورما ـ كندا (كولومبيا البريطانية ـ نوفا سكوتيا) ـ كولومبيا ـ أندونيسيا ـ ايطاليا ـ اليابان ـ ماليزيا ـ المكسيك ـ بيرو ـ سنغافورة ـ تونس ـ تايلاند ـ الاتحاد السوفيتي (روسيا السوفيتية) الولايات المتحدة (الاتحادي)
التعويل على المسكرات	فنلندا ـ النرويج ـ المجر ـ السويد ـ سويسرا (جنيف ـ وسانت جالين) ـ الاتحاد السوفيتي (روسيا السوفيتية) الولايات المتحدة الامريكية (ماساشوستس ـ وويسكونسن)
التعويل على المخدرات والمسكرات	استراليا (فيكتوريا) ـ كولومبيا ـ فنلندا ـ السويد.

اجباريا منوط بالمحاكم الاقليمية (أو البلدية أو المحلية) لسبب «تعاطي الخمر بصورة منتظمة لدرجة الادمان» وأن يكون مصدر خطر على أسرته ورفاقه ومحل عمله. ومن المفيد أن نقارن بين نصوص العلاج الاجباري لمدمني المسكرات في كل من المقاطعتين السويسريتين: جنيف وسانت جالين. اذ يتضمن كل من القانون الصادر في ٣ ديسمبر ١٩٧١ في جنيف والقانون الصادر في ١٨ يونيو ١٩٦٨ في سانت جالين نصوصاً عن دخول المصحات طوعياً بالاضافة إلى اسباب تقضي بالحجز الاجباري. في جنيف، يتم حجز الشخص على أساس معايير الصحة النفسية بأن مدمن الخمر خطر على نفسه وعلى الآخرين، أو أنه يتصرّف

بطريقة تضر بالآخرين أو بـالنظام العـام. وفي مقاطعـة سانت جـالين. يجـوز أن يحجز الأشخاص الـذين يتبين صعـوبة عـلاجهم لمدة تـتراوح من سنة إلى ثـلاث سنوات. فاذا اعتبر شخص خطراً عـلى المجتمع، يتم حجـزه في مصحة أمـراض نفسية طالما ظلّ خطره قائماً.

وفي ترينداد وتوباجـو، كان من أهم أهـداف المجلس الوطني بشـأن ادمان المسكرات طبقا لنظامه التأسيسي «تشجيع اقـامة مصحـات حديثـة لعلاج ادمـان الخمر». وادخال المريض للعلاج اجباري بمقتضى قوانين الصحة النفسيـة فقط في حـالـة الاشخـاص المصـابـين بـاضـطرابـات نفسيـة نتيجـة تعـاطي الخمـر (أو المخدرات). ويبذل المجلس الوطني «جهده الخاص لاقناع قضاة المحاكم المحليـة باستعمال سلطاتهم التقـديريـة في حجز السكـارى اجباريـا بموجب أمـر قضائي. ودخول المصحات للعلاج طوعا أمر معتاد.

ويتجسد الاستناد القانوني عـلى معايـير درجة العجـز العقلي بسبب ادمـان المخـدرات أو المسكرات، في قـانون مكـافحـة المخـدرات رقم ١٤ لسنـة ١٩٥٣ الصادر في اليابان، والذي تقضي نصوصه بجواز الامر باجراء الفحوصات الـطبية وتقديم العلاج الاجباري لمدمني المخدرات. ويخضع مدمنو المـواد المنشطة للحجز الاجباري بموجب قانون الصحـة النفسية رقـم ١٢٣ الصـادر في أول مايـو ١٩٥٠ وتعديلاته.

وفي المملكـة المتحدة (انجلترا ويلز) اجـرى البرلمـان سنة ١٩٨٢ تعـديـلاً جـوهريـاً على قـانـون الصحـة النفسيـة لسنـة ١٩٥٩ (الـذي ينص عـلى دخـول المستشفى اجبارياً للعـلاج في حالـة الاضطراب العقـلي). ويحتوي القـانون بعـد تعـديله على نصـوص تقضي بجـواز دخـول الاشخـاص اجبـاريـا إلى المصحـات النفسيـة اذا توافق إدمـانهم للمسكرات والمخـدرات معـاً، أو إذا صـاحـب ذلـك اضطراب عقلي شريطة أن تتوفر كل الشروط الاخرى المناسبة لدخول المستشفى. وينص القسم المعدل من القانون على أنه «لا شيء في هذه المادة يمكن تفسيره عـلى أنه يتضمن جواز معـاملة شخص بمقتضى هذا القـانون بـأنه يعـاني من اضطراب عقلي لمجرد أنه مدمن على المخدرات أو الخمر».

جدول رقم (٣)

أسباب الحجز المدني الاجباري

القطر	أسباب الحجز الاجباري
* الأرجنتين	مدمنو المخدرات الذين يمكن أن يضروا بصحتهم أو صحة الغير، أو يزعجون الأمن العام.
* استراليا (فيكتوريا)	شخص معّول على المخدرات أو الخمر مناسب لتلقي العلاج.
* بنجلاديش	شخص مصاب باضطرابات نفسية نتيجة لتعاطي العقاقير المخدرة.
* بورما	(أ) ادمان المخدرات والعقاقير الخطره، أو (ب) الاستعمال العارض للمخدرات أو العقاقير الخطرة.
* كندا (كولومبيا البريطانية)	شخص بحاجة للعلاج من التعويل على المخدرات.
(نوفا سكوتيا)	شخص مدمن
* كولومبيا	الأشخاص الذين يعانون من الأعراض المتلازمة لتعاطي المخدرات أو المواد التي تؤدي إلى التعويل الجسماني أو النفسي.
* فنلندا	تتراوح الأسباب بين ابداء العنف الظاهر وحتى الحاجة إلى المساعدة، إضافة إلى حالة السكر المستمر أو تكرار سوء استعمال المواد الكحولية والمسكرات الأخرى.

يتبع

تابع جدول رقم (٣)

القطر	أسباب الحجز الاجباري
* المانيا الاتحادية (بافاريا)	شخص مريض عقلياً أو يعاني من اضطراب نفساني نتيجة اختلال عقلي أو الإدمان بحيث يمثل خطراً جسيماً على السلامة العامة والنظام، أو يصبح خطراً شديداً على حياته أو صحته شخصياً.
(هامبورج)	الاشخاص الذين يعانون من اضطراب نفساني أو خلل عقلي أشبه في مفعوله بالاضطراب النفساني . والتعويل على العقاقير المخدرة والتخلف أو الخلل أو المرض العقلي الذي يشكل تهديدا واضحاً للأمن العام والنظام، ولايمكن تلافيه بأي طريقة أخرى، وكذا الأشخاص الذين يصبح سلوكهم خطراً مستمراً ولايمكن تجنبه لدرجة أنهم يمكن أن يقدموا على الانتحار أو يضرون بصحتهم ضرراً شديداً.
* المجر	السكير الذي يعاقر الخمر بصورة منتظمة وباسراف شديد بحيث يشكل خطراً على أسرته، أو على تنشئة أبنائه القصر، أو على سلامة المقيمين معه؛ أو الذي يتكررمنه إزعاج النظام العام والأنشطة المهنية في محل عمله بصورة خطرة.
* أندونيسيا	مدمنو المخدرات البالغين والأحداث (تحت السن القانونية)
* العراق	شخص يتعاطى العقاقير المؤدية للتعويل بما فيها الخمر لدرجة تبلغ به مرحلة الاختلال الجسماني والعقلي الظاهر، والذي يؤثر على صحته النفسية

يتبع

تابع جدول رقم (٣)

القطر	أسباب الحجز الاجباري
	والجسمانية ، أو على متطلبات حياته الاقتصادية ، أو الذي تظهر عليه الأعراض المتلازمة لدرجة تستلزم العلاج الطبي .
* إيطاليا	استعمال العقاقير المخدرة أو المواد المنشطة لأغراض شخصية وغير علاجية ، بالإضافة إلى الحاجة للعلاج الطبي والمساعدة .
* اليابان	
ـ قانون مكافحة المخدرات	إدمان المخدرات أو الاشتباه في إدمان المخدرات .
ـ قانون الصحة النفسية	تشخيص ادمان المواد المنشطة بالإضافة إلى كون الشخص عرضة لإيذاء النفس أو الغير نتيجة للإدمان .
* ماليزيا	إنه شخص يشتبه بصورة معقولة بأنه معول على المخدرات .
* المكسيك	شخص معول على المخدرات
* النرويج	
ـ قانون الصحة النفسية	شخص يسيء استعمال الكحول أو المسكرات الأخرى أو المواد المهدئة ، ويعاني من مرض عقلي ، إذا ما تبين أن حجز المريض بالمستشفى سيفيده ، أو ضروري للنظام العام ، أو قد يمنع خطراً محققاً على حياة أو صحة الغير.

يتبع

تابع جدول رقم (٣)

القطر	أسباب الحجز الاجباري
ـ قانون لجان الامتناع عن الخمر	شخص يسرف في استعمال الكحول أوا لمسكرات الأخرى أو المواد المهدئة، ويشكل خطراً ظاهراً على نفسه والمحيطين به، أو ذلك الذي يرتكب واحدة من المخالفات الخمسة المنصوص عليها في القانون.
* بيرو	ادمان المخدرات.
* سنغافورة	الإشتباه في إدمان المخدرات، إذا تبين بعد اجراء الفحص الطبي واختبارات البول ضرورة العلاج أو التأهيل أو كلاهما معاً.
* الصومال	التدهور العقلي الشديد بسبب الاعتياد على سوء استعمال العقاقير المخدرة والذي يعرض النفس أو الغير للخطر بأي طريقة.
* السويد	
ـ قانون ١٩٨٢ بشأن علاج المخمورين ومدمني المخدرات	حالة سوء استعمال الخمر أو العقاقير المخدرة بواسطة شخص يحتاج إلى رعاية عاجلة حتى يكف عن الإدمان، أوعندما يشكل الشخص خطراً جسيماً على نفسه يهدد صحته الجسمانية أو العقلية، أو يحتمل أن يحقق ضرراً شديداً بالنفس أو الغير، عندئذ يجوز التحفظ عليه فوراً إن كان هناك افتراض بحدوث تدهور شديد.
ـ قانون ١٩٧٦ بشأن حجز الأشخاص المخمورين	حالة سكر بيّن في مكان عام بحيث يكون الشخص المخمور عاجزاً عن رعاية نفسه أو يشكل خطراً على النفس أو الغير.

تابع جدول رقم (٣)

القطر	أسباب الحجز الاجباري
* سويسرا (جنيف)	كل من يدمن الكحول، ويعرض للخطر صحته أو مصالحه أو مصالح أسرته مادياً أو معنوياً، أو يصبح خطراً على النفس أو الغير، أو يتصرف بطريقة تضر بالآخرين أو بالنظام العام.
(سانت جالين)	السكير شديد الإدمان الذي لا يقبل النصح أو الرعاية طوعاً، أو عندما تخفق الإجراءات الطوعية في احداث مفعول دائم.
* تايلاند	إدمان المواد المنشطة.
* ترينداد وتوباجو	مريض عقلياً يحتاج للرعاية والعلاج في مستشفى الأمراض النفسية.
* تونس	التعويل على المخدرات.
* الاتحاد السوفيتي	
(مرسوم ٢٥ اغسطس ١٩٧٢)	المعولون على المخدرات الذين يتهربون من العلاج، أو يستمرون في تعاطي المخدرات بعد حصولهم على العلاج، أو يخالفون انضباط العمل أو النظام العام أو قوانين المجتمع الاشتراكي رغم الإجراءات التأديبية أو التدابير الاجتماعية والإدارية ضدهم.
(مرسوم أول مارس ١٩٧٤)	المدمنون على الكحوليات بشكل مزمن ممن يرفضون الخضوع للعلاج طوعاً، أو يستمرون في معاقرة الخمر بعد حصولهم على العلاج، أو يخالفون انضباط العمل أو النظام العام أو قوانين ونظم الحياة في المجتمع الاشتراكي رغم الإجراءات الإدارية والاجتماعية.

تابع جدول رقم (٣)

القطر	أسباب الحجز الاجباري
* المملكة المتحدة (انجلترا وويلز)	كل شخص مصاب باضطراب عقلي أو تخلف عقلي شديد - إن كان بالغاً، أو مصاب باضطراب عقلي أو تخلف عقلي - إن كان اقل من ٢١ سنة، عندما تقتضي الضرورة - لصالح صحة وسلامة المريض أو حماية للآخرين - حجز مثل هذا الشخص، ولكن على ألا يتم هذا الحجز فقط لمجرد التعويل على الكحول أو المخدرات.
* الولايات المتحدة (القانون الاتحادي)	بعض الأشخاص الذين يدمنون العقاقير المخدرة ممن لم يتهموا باقتراف جريمة معينة.
(ماساشوستس) - قانون العلاج والتأهيل من إدمان الكحول لسنة ٧١ وتعديلاته	كل شخص فاقد الأهلية (وهي حالة مدمن الخمر الذي يصبح نتيجة لمعاقرة ا لمشروبات الكحولية (أ) فاقد الشعور (ب) بحاجة إلى الرعاية الطبية (جـ) يحتمل أن يسبب لنفسه أو للغير أذى مادياً أو ضرراً بالممتلكات (د) مختل عقلياً.
- الفصل ١٢٣ من القوانين العامة	كل شخص يعتقد ضابط الشرطة أو الطبيب أو الزوج أو احد الأقارب أو ولي الأمر، عن اقتناع بأنه سكير، وأن هناك احتمالاً لوقوع ضرر جسيم نتيجة معاقرته للخمر.
(ويسكونسن) - قانون علاج ادمان الخمر والسُكر لسنة ١٩٧٨	كل شخص مخمور هدد أو شرع في التهديد أو ألحق أذى مادياً بنفسه أو بالغير، أو يحتمل أن يلحق مثل هذا الأذى إن لم يتم حجزه.

يتبع

تابع جدول رقم (٣)

القطر	أسباب الحجز الاجباري
ـ قانون الصحة النفسية	كل شخص مريض عقلياً، أو معول على المخدرات، أو متخلف عقلياً لكنه مناسب لتلقي العلاج وأنه يمثل خطراً.

٣ ـ ٤ ـ ١ الفحوصات الطبية

توجد نصوص بشأن اجراء الفحص الطبي في ٢٤ قطراً من ٢٧ قطراً اشتملت قوانينها على أحكام بشأن الحجز المدني الإجباري. وبصورة عامة، تقضي هذه القوانين بأن تجري مثل هذه الفحوص بواسطة طبيب ممارس أو أكثر، وفي حالات نادرة، تحددت ضرورة أن يجريها طبيب نفساني. في بعض الأقطار (مثل فنلندا، جمهورية ألمانيا الاتحادية (هامبورج)، أيطاليا، السويد، سويسرا (جنيف ـ سانت جالين)، والاتحاد السوفيتي (جمهورية روسيا السوفيتية)، والولايات المتحدة الأمريكية (ماساشوستس) لم يرد ذكر الطبيب الممارس، حيث يمكن بدلاً من ذلك أن تجري الفحوص بمعرفة الشرطة (اختبار التنفس) أو المراكز الطبية أو الرعاية الاجتماعية اضافة إلى تقييم حالة الشخص المفحوص بمعرفة خبير اخصائي. وجاء في بعض البنود القانونية أن الهدف الوحيد للفحص هو تقرير ما إذا كان الشخص «مدمن مخدرات» نظراً لأن هذا التحديد يمكن أن يكون السبب الوحيد للحجز المدني الإجباري.

وفي حالات قليلة، اقتضى النص القانوني ضرورة أن يشتمل الفحص الطبي على أمور أخرى مثل: مدى احتمال عودة الشخص إلى ادمان المخدرات إذا لم يحجز في المستشفى (اليابان)، أو ما إن كان الشخص سيفيد عن طريق العلاج (الولايات المتحدة الأمريكية ـ ماساشوستس)، أو بيان الأسباب التي أدت إلى عدم إمكانية تجنب حجز الشخص بالمستشفى (جمهورية المانيا الاتحادية ـ

بافاريا). وبشكل عام فقد وجد أن القانون يتطلب أكثر قليلا من مجرد تحديد أن الشخص معول على المخدرات أو الخمر، وفي هذا الصدد، فإنه منح كل الحرية اللازمة للمارس الذي يجري الفحص الطبي.

ويوضح الجدول رقم (٤) المتطلبات الطبية بشأن الحجز المدني الاجباري في ٢٩ قانوناً سارياً في ٢٤ قطراً.

جدول رقم (٤)

النصوص التي تحكم المتطلبات الطبية بشأن الحجز المدني الاجباري

القطر	المتطلبات
* الأرجنتين	شهادة طبيب .
* استراليا (فيكتوريا)	شهادة إثنين من الأطباء الممارسين المؤهلين قانوناً بأن الشخص الذي أدخل مركز التقويم معّول على المخدرات أو الكحول، وأن يوافقهم الرأي المسئول الطبي بالمركز.
* بورما	شهادة المسئول الطبي بموجب بطاقة «تسجيل مدمن مخدرات» لأي شخص مدمن يتقدم لتسجيل نفسه.
* كندا (كولومبيا البريطانية)	فحص طبي ونفساني للشخص بواسطة مجموعة تقييم مكونة من ٢ من الأطباء الممارسين وشخص آخر من الهيئة الرسمية على الأقل يتولون تحديد وتقرير حاجته للعلاج .
(نوفا سكوتيا)	تبليغ وزير الصحة العامة بصدق وأمانة أن شخصاً ما «مدمن».
* كولومبيا	دخول المؤسسة العلاجية وإنهاء العلاج فيها يتطلبان تقريراً مناسباً.

يتبع

تابع جدول رقم (٤)

القطر	المتطلبات
* فنلندا	على الشخص الذي وضع تحت المراقبة بسبب الإدمان أن يخضع لفحص طبي .
* جمهورية المانيا الإتحادية (بافاريا)	رأي خبير من طبيب ممارس بالهيئة الصحية، مع ضرورة تفسير السبب في عدم امكانية تجنب الحجز في المستشفى .
(هامبورج)	تقدير حالة الشخص بمعرفة خبير اخصائي .
* المجر	رأي خبير طبي من خبير الطب الشرعي .
* اندونيسيا	(غير وارد)
* إيطاليا	على المركز الطبي والاجتماعي المختص أن يعطي رأياً واضحاً .
* اليابان (قانون مكافحة المخدرات)	يتولى فاحص طبيب في مجال الصحة النفسية تشخيص الإدمان مع بيان مدى احتمال عودة المدمن إلى الادمان إذا لم يحجز بالمستشفى .
(قانون الصحة النفسية)	يتولى فاحص طبيب في مجال الصحة النفسية تشخيص الإضطراب العقلي ويوافق على أن الشخص المعني معرض لإيذاء النفس والغير.
* ماليزيا	يقرر المسئول الطبي في مركز حجز المدمنين، بعد الفحص والملاحظة، أن الشخص المعني «معوّل على المخدرات» .
* المكسيك	(غير وارد)

يتبع

تابع جدول رقم (٤)

القطر	المتطلبات
* النرويج	على الطبيب ـ بعد أن يجري الفحص اللازم ـ أن يقرر ضرورة ادخال المريض للمستشفى أو حجزه بها أو بأي مؤسسة أخرى حيث تتوفر له الرعاية السليمة.
(قانون لجان الامتناع عن الخمر)	حيثما لزم الأمر، تكون شهادة الطبيب ضرورية لغرض الحجز الاجباري في مصحة لمدمني الخمر.
* بيرو	فحص بمعرفة اخصائي الطب الشرعي يأخذ في الاعتبار: (١) طبيعة وكمية المواد التي أدت إلى التعويل، (٢) التاريخ الطبي والحالة السريرية للشخص المدمن.
* سنغافورة	الفحص والملاحظة الطبية بمعرفة مسئول طبي حكومي أو طبيب ممارس لتقرير ما إذا كان العلاج يبدو ضرورياً للشخص المعني.
* الصومال	استلام تقرير طبي.
* السويد	
(قانون ١٩٨٢ بشأن رعاية المخمورين ومدمني المخدرات)	شهادة طبية من طبيب اخصائي (غير قابلة للطعن) لبيان الحالة الصحية الراهنة للشخص المدمن.
(قانون١٩٧٦بشأن حجز الأشخاص المخمورين)	فحص طبي لتقرير مدى الحاجة إلى المساعدة الاجتماعية.
* سويسرا (جنيف)	فحص طبي.

يتبع

تابع جدول رقم (٤)

القطر	المتطلبات
(سانت جالين)	فحص طبي يمكن اجراؤه في عيادة طبية أو عيادة الطب النفسي.
* تايلاند	(غير وارد).
* ترينداد وتوباجو	فحص للصحة النفسية.
* تونس	(غير وارد).
* الاتحاد السوفيتي (روسيا السوفيتية)	
ـ مرسوم ٢٥ اغسطس ١٩٧٢	الفحص الطبي.
ـ مرسوم ١ مارس ١٩٧٤	نتيجة الفحص الطبي.
* الولايات المتحدة الأمريكية (الاتحادي)	أن يقرر الأطباء الفاحصون بأن الشخص المعني «مدمن مخدرات»، وأنه يحتمل تأهيله عن طريق العلاج.
(ماساشوستس)	
ـ قانون علاج وتأهيل مدمني الخمر لسنة ٧١ وتعديلاته	يجوز لضابط الشرطة أن يطلب من الشخص المعني الخضوع لإختبارات معقولة تتضمن مدى التنسيق، وترابط الحديث، واختبار التنفس لتقرير ما إذا كان هذا الشخص مخموراً.

يتبع

تابع جدول رقم (٤)

القطر	المتطلبات
ـ الفصل ١٢٣ من القوانين العامة (ويسكونسن)	تتطلب المحكمة فحصاً يجريه طبيب مرخّص .
ـ قانون علاج مدمني الخمر والمسكرات لسنة ١٩٧٨	قرار المحكمة التي تجد أن أسباب الحجز تسندها الحيثيّات المذكورة في طلب الحجز (الحاجة إلى علاج طاريء) .
ـ قانون الصحة النفسية	فحص شخصي يجريه اثنان من الأطباء المرخصين في الطب النفسي ، بالإضافة إلى طبيب ممارس مرخص ، وأخصائي علم نفس مرخص أو اثنان من الممارسين المرخصين بحيث يكون أحدهما قد تلقى تدريباً متخصصاً في الطب النفسي ـ إن وجد ـ أو طبيبين .

٣ ـ ٤ ـ ٢ مدة الاستبقاء والمراجعة الدورية

كشفت مراجعته النصوص التي تحكم طول مدة الاستبقاء عن تفاوت كبير للغاية في مدى فترات العلاج المطلوب تراوحت بين ثمان ساعات إلى عشر سنوات . ويرتبط هذا التفاوت مبدئيا بأغراض العلاج التي تستهدف :

(أ) مساعدة أو علاج طاريء قصير الأمد بسبب التعويل على المسكرات (قوانين اليابان (المواد المنشطة) ، والسويد ، الولايات المتحدة الأمريكية «ماساشوستس») .

(ب) فترات علاج متوسط الأمد يتراوح بين عدة أيام إلى ستة شهور بسبب التعويل على المخدرات أو الكحوليات . وبالنسبة للتعويل على المخدرات والكحوليات المصحوب بمرض عقلي ، تكون الفترات المقررة أطول بصفة عامة حيث تتراوح بين ستة شهور (ألمانيا الاتحادية «بافاريا») إلى مدة لا نهائية

طالما ظل المريض مصدراً للخطر (سويسرا «سانت جالين»). وفي بعض القوانين، فرضت فترات طويلة نسبياً للحجز الاجباري، واستندت في ذلك فقط على التعويل على المخدرات والحاجة إلى العلاج.

وتجري مراجعة الحالة دورياً بمعرفة مجموعة متنوعة من الجهات اشتملت على لجان ومجالس للمراجعة أنشئت خصيصا بموجب القانون لمراجعة حالة الأشخاص المحجوزين (كندا «كولومبيا البريطانية»، وماليزيا، وسويسرا «جنيف»). فحولت بعض القوانين مسئولية المراجعة الدورية إلى موظف رسمي أو مدير المستشفى الذي يعالج فيه شخص محجوز (اليابان). ويبين الجدول (٥) طول مدة الحجز وعدد مرات مراجعة الحالة دورياً والمسئول عن اجراء المراجعة (حيثما ذكر) في ١٥ قطراً.

٣ ـ ٥ التحويل إلى العلاج من نظام القضاء الجنائي

في مراحل معينة من سير اجراءات القضاء الجنائي ابتداء من مرحلة ما قبل التوقيف إلى الأفراج المشروط أو الامتناع عن النطق بالحكم، يمكن أن يصبح التعويل على المخدرات أو المسكرات عاملاً حاسماً في كيفية معاملة هذا النظام للشخص المعول. لذا فإنه من الضروري أن نتعرف على الطرق التي تعامل بها مختلف الأقطار مجرماً معولاً على الخمر أو المخدرات.

ولقد كان تعاطي المخدرات المحظورة والمؤدية للإدمان سبباً مباشراً لتعريض مستعمليها في كثير من الأحيان إلى عقوبات جنائية مشددة بما في ذلك السجن أو الغرامة حسب نوع المادة التي يتعاطاها المدمن.

ولئن كانت الكحوليات تعتبر عقاراً يؤدي للإدمان، إلا أن تعاطيها لا يشكل فعلاً غير قانونياً في الكثير من أقطار العالم. إلا أن المعول على الكحوليات كثيراً ما يجد نفسه متورطاً مع القضاء الجنائي، لأن التعويل على الخمر قد يؤدي إلى سلوك يجعله خطراً على الغير، مثل حالات قيادة السيارة تحت تأثير الخمر.

والغالب أن يتورط بعض الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات في أفعال غير قانونية لها صلة بالإدمان.

وينص القانون في أقطار عديدة على ضرورة علاج المجرمين المعولّين على المخدرات أو المسكرات وفي أحيان كثيرة، يترتب على ذلك نقلهم خارج نظام القضاء الجنائي، وايداعهم في أماكن للعلاج مع تعليق العقوبة أحياناً أو تقديم العلاج بينما هم يقضون مدة العقوبة.

ومن بين ٥١ قانوناً شملتها الدراسة، وجد أن ٢٢ قانوناً تقضي بتحويل الأشخاص للعلاج في واحدة أو أكثر من المراحل التالية من اجراءات القضاء الجنائي:

(أ) بديلا عن التوقيف، (ب) بعد التوقيف، بانتظار المحاكمة، (جـ) بعد المحاكمة، بدلاً من السجن (مثل: تعليق الحكم أو عدم النطق به مؤقتاً)، (د) الاصلاح مع السجن (مثل: اثناء قضاء العقوبة أو كشرط لاطلاق سراحه).

ومن أهم المسائل التي تواجه المشرعين ما إذا كان التحويل للعلاج واجباً بصورة الزامية أم يجب توفيره للاشخاص المتهمين ببعض الجرائم الخطرة مثل جرائم العنف. فعندما يصبح التحويل إلى العلاج اجبارياً قبل أو بدل المحاكمة، فإن هذا القرار قد يعتبر محاولة لعدم تجريم سلوك هذا الشخص.

العلاج بانتظار أو بدلاً من المحاكمة (التحويل ماقبل المحاكمة)

تقتضي هذه الفئة أن يحّول للعلاج الأشخاص المعولون على المخدرات أو الكحوليات الخاضعون لنظام القضاء الجنائي حتى مرحلة (ولكن دون أن تشمل) المحاكمة بسبب ارتكاب عمل اجرامي.

ومن ٢٢ قانوناً نصت على التحويل (أوردنا ملخصاً لها في الملحق ٢) وجدنا عشرة منها تتضمن نصوصاً بشأن هذه الفئة في القوانين الصادرة في مصر، وفرنسا وجمهورية المانيا الاتحادية، والفلبين، والسويد، وتايلاند، والمملكة المتحدة (انجلترا وويلز) والولايات المتحدة الأمريكية (الاتحادي ـ ماساشوستس ـ ويسكونسن) ـ وتوجد عدة أنواع من التحويل السابق على المحاكمة حسبما ورد في هذه القوانين وما ذكر فيما يلي :

جدول رقم (٥)

مدة البقاء تحت العلاج وعدد مرات المراجعة في أثناء الحجز المدني الاجباري

القطر	مدة البقاء	عدد مرات المراجعة ومن الذي يجريها؟
* استراليا		
(فيكتوريا)	سبعة أيام (زائد سبعة أيام اضافية بموجب أمر يصدر بذلك)	(غير وارد)
* كندا		
(كولومبيا البريطانية)	ثلاث سنوات على الأقل في برنامج علاجي، ومدة لا تزيد على ستة شهور في مركز علاجي، وسنة واحدة في مستشفى علاجي	مجلس المراجعة (لا يقل عن خمسة أعضاء، أحدهم على الأقل ممارس طبي) ويمكن تمديد العلاج لفترة ستة شهور أو سنة واحدة بعد عقد جلسة استماع بناء على طلب من سلطات الإقليم.
* فنلندا	حجز لمدة سنة واحدة، وسنتين ان كان هناك حجز سابق قبل ذلك خلال السنوات الثلاث الماضية، وتحت المراقبة من سنة إلى سنتين.	(غير وارد)
* جمهورية المانيا الاتحادية		
(بافاريا)	مدة لا تزيد عن ستة شهور	كل ستة شهور
(هامبورج)	مدة لا تزيد عن سنة واحدة	التمديد لأكثر من سنة خاضع للمراجعة التي تتم قبل انتهاء فترة السنة

يتبع

تابع جدول رقم (٥)

القطر	مدة البقاء	عدد مرات المراجعة ومن الذي يجريها؟
* المجر	الافراج عنه إذا لم يعد العلاج ضرورياً، ولا تزيد المدة عن سنتين	(غير وارد)
* ايطاليا	مدة العلاج ضرورية من اجل اعادة الاندماج في المجتمع	يرسل مركز العلاج تقريرا الى المحكمة كل ثلاثة شهور على الأقل بشأن سير العلاج.
* اليابان		
ـ قانون مكافحة المخدرات	مدة لا تزيد على ٣٠ يوماً	ـ يجوز لمدير المستشفى تقديم طلب لتمديد الفترة إلى لجنة فحص مدمني المخدرات.
ـ قانون الصحة العامة	مدة لا تزيد على ٤٨ ساعة	ـ يبلغ مدير مستشفى الأمراض النفسية محافظ الإقليم باعتقاده بأن الشخص غير معّرض لالحاق أذى بنفسه أو بالغير نتيجة الاختلال العقلي حتى لو لم يتم احتجازه بالمستشفى.
* ماليزيا	مدة ستة شهور	يجوز لمجلس زوار «مركز التأهيل» خفض مدة الحجز بعد أربعة شهور، ويجوز للشخص المسئول عن المركز حجز المريض لمدة ستة شهور أخرى بعد موافقة المجلس.

يتبع

تابع جدول رقم (٥)

القطر	مدة البقاء	عدد مرات المراجعة ومن الذي يجريها؟
* النرويج		
(قانون الصحة النفسية)	ـ مدة لا تزيد على ثلاثة أسابيع	خاضع لاستئناف إلى لجنة المكافحة.
(قانون لجان الامتناع عن تعاطي المسكرات)	ـ مدة لاتزيد عن ٩٠ يوماً في السنة الواحدة للعلاج بالمستشفى، ولا تزيد عن سنتين عند الايداع في المصحة	خاضع لاستئناف الى المحكمة العليا.
* سنغافوره	ستة شهور خاضعة للافراج المبكر، أو فترات أخرى كل منها لمدة ٦ شهور على ألا يزيد مجموع المدة عن ٣ سنوات	لجنة المراجعة، ولأكبر عدد من المرات كلّما كان ممكنًا، ولها أن تدرس ما إذا كان من الواجب تسريح الشخص، ويجوز لها أن تأمر إما بالإفراج المبكر أو إطالة مدة الاحتجاز، والاجراءات خاضعة للمراجعة بمعرفة قاضي المحكمة المختصة.
* السويد		
ـ (قانون ١٩٨٢ لرعاية مدمني المخدرات والكحوليات)	ـ غير اجبارية، ومدتها شهران، خاضعة لاصدار أمر بالتمديد لمدة شهرين آخرين	(غير وارد)
ـ(قانون ١٩٧٦ بشأن حجز الاشخاص السكارى)	ـ لا تزيد المدة عادة عن ٨ ساعات	(غير وارد)

يتبع

تابع جدول رقم (٥)

القطر	مدة البقاء	عدد مرات المراجعة ومن الذي يجريها؟
* سويسرا (جنيف)	ـ ستة شهور أو أطول من ذلك ولكن على ألا تزيد عن سنة واحدة ويجوز للمحكمة اصدار أمرها بالتمديد لمدة أقصاها سنة واحدة	ـ مجلس مراقبة مدمني الكحوليات المسئول عن مراقبة الأشخاص المحتجزين في مؤسسات علاج ادمان الكحوليات.
(سانت جالين)	ـ سنة كاملة وللحالات الصعبة من ١ ـ ٣ سنوات، وإذا كان الشخص خطرًا، طالما ظل الخطر قائمًا.	ـ يمكن تعليق أمر الحجز لتمديد فترة المحاكمة بين سنة واحدة إلى سنتين يظل الشخص خلالها تحت الرعاية في مراكز الخدمة الاجتماعية.
* تايلاند	١٨٠ يوماً مع امكانية التمديد لمدة لا تزيد على ١٨٠ يوماً أخرى.	يجوز السكرتير العام لمكتب مجلس الأغذية والعقاقير الموافقة على التمديد حيثما كان لازما لاستمرار العلاج والتأهيل.
* الاتحاد السوفيتي (روسيا السوفيتية) ـ مرسوم ٧٢/٨/٢٥ (بشأن التعويل على المخدرات)	ـ من سنة إلى عشر سنوات، وللعلاج المنتكس يجوز تمديد المدة ولكن على ألا تزيد عن سنة واحدة، ويجوز خفض المدة إلى النصف في حالة نجاح العلاج، ولا يشمل ذلك الاشخاص الذين يتكرر احتجازهم.	(غير وارد)

يتبع

تابع جدول رقم (٥)

القطر	مدة البقاء	عدد مرات المراجعة ومن الذي يجريها؟
ـ مرسوم ٧٤/٣/١ (بشأن التعويل على الكحوليات)	ـ كالمذكور اعلاه في حالة التعويل على المخدرات	(غير وارد)
* الولايات المتحدة الأمريكية ـ القانون الاتحادي	ستة شهور للعلاج الداخلي، وحتى ثلاث سنوات في المراكز الاجتماعية للتأهيل	بعد ثلاثة شهور من الحجز وبناء على طلب الشخص، تبحث المحكمة الحالة الصحية والعامة للمريض ومدى الحاجة إلى استمرار حجزه.
ـ ولاية ماساشوستس (قانون تأهيل مدمني المخدرات لسنة ١٩٦٦ وتعديلاته)	ـ إلى أن لا يعود فاقد الأهلية القانونية، أو ١٢ ساعة أيهما أقصى مدى.	(غير وارد)
(الباب ١٢٣ من القوانين العامة)	ـ لا تزيد على ١٥ يوماً	(غير وارد)
ـ ولاية ويسكونسن (قانون علاج ادمان الخمر والمسكرات لسنة ١٩٧٨)	ـ لا تزيد عن ٤٨ ساعة (طواريء)	(غير وارد)
(قانون الصحة النفسية)	ـ أمر الحجز للمرة الأولى لا يزيد على ستة شهور، وكل الأوامر اللاحقة لا تزيد على سنة واحدة	ـ بعد التحقق من طلب المريض (باستثناء القصر ممن لم يبلغوا سن ١٤ سنة) يجوز لأي مريض محتجز اجبارياً أن يطلب اعادة فحصه أو يطلب إلى المحكمة تعديل أو الغاء أمر الحجز.

يتعلق النوع الأول بالأشخاص المعرضين للتوقيف بسبب ارتكاب جريمة فيؤخذون للتحفظ عليهم تحت حراسة المسئولين عن تنفيذ القانون، ولكنهم يكونون بحاجة إلى علاج عاجل بسبب عجز حاد ناجم عن ادمان المخدرات أو الكحوليات. وبشكل عام فإن مثل هذه المواقف تتطلب علاجاً قصير الأمد (أي مابين ٢٤ إلى ٤٨ ساعة) لازالة أثر الادمان الكحولي. فلا يعتقل الشخص المعول على الكحوليات أو المخدرات، وإنما يؤخذ سواء بناء على طلبه أو إجبارياً، إلى مرفق مناسب للعلاج لفترة محدودة وبعدها إما أن يطلق سراحه أو يوجه اليه الاتهام بالجريمة.

ويختص النوع الثاني من التحويل قبل المحاكمة بالأشخاص الذين يتعاطون المخدرات أو العقاقير الأخرى غير المشروعة (ليس بينها الكحوليات) أو الأشخاص الذين يعثر عليهم في حالة سكر بيّن انتهاكاً للنصوص الجزائية، والذين يوضعون تحت المراقبة أو العلاج. فالقانون الفرنسي مثلاً، يسمح بالمراقبة الطبية للأشخاص المعولين على المخدرات، بما في ذلك العلاج الخارجي، بدلاً من المحاكمة.

وأخيراً هناك الأشخاص الذين القى القبض عليهم واتضح بعد ذلك بالكشف الطبي أنهم من المعولين على المخدرات، سواء تم هذا الكشف الطبي بناء على طلبهم أو طلب السلطات القضائية. وحيثما صدر أمر العلاج بعد تقرير الكشف الطبي، ومن ثم استكمل بنجاح، فإنه يمكن التنازل عن الدعوى القضائية. وتتوفر مثل هذه النصوص مثلاً في القانون الفرنسي، والألماني (جمهورية المانيا الاتحادية) والفلبيني، والسويدي، والامريكي (ولاية ماساشوستس).

وكذلك توجد نصوص قانونية بشأن العلاج بدلاً من المحاكمة في القوانين المعمول بها في مصر، وفرنسا، وجمهورية المانيا الاتحادية، والولايات المتحدة الأمريكية (القانون الاتحادي ـ وولاية ماساشوستس). فالاشخاص الذين يتقيّدون بالعلاج الطبي المقرر لإدمان المخدرات ويكملونه بنجاح في فرنسا، تسقط عنهم الدعوى القضائية. وفي جمهورية المانيا الاتحادية، اذا أشتبه بأن

شخصاً متهماً بارتكاب جريمة نتيجة لتعويله على العقاقير المخدرة، وتكون عقوبتها السجن لمدة لا تزيد على سنتين، فإنه يجوز للمدعى العام أن يوقف الدعوى القضائية اذا اثبت المتهم أنه خضع للعلاج على مدى الثلاثة شهور الماضية على الأقل وأنه يتوقع أن يبدأ مرحلة التأهيل.

وتتوفر أمثلة اخرى للنص على العلاج بانتظار المحاكمة، وذلك في قوانين الفلبين والسويد. وفي الفلبين، إذا اتهم شخص بجريمة واكتشف انه معول على المخدرات، فانه يجوز للمحكمة أن تصدر الأمر بالعلاج، وفي حالة نجاح تأهيله، يجوز اعادته للمحكمة لتبدأ محاكمته. فاذا أدين، يجوز ان تختار المحكمة خفض المدة المحكوم بها بعد أن تأخذ في حسبانها مدة العلاج. وفي السويد، يجوز للمحكمة التي تنظر في قضية جنائية عقوبتها السجن بسبب سوء استعمال العقاقير المخدرة، أن توقف نظر القضية إلى حين انتهاء علاج الشخص المعني. ولا تتخذ المحكمة قرارها هذا إلا إذا (أ) اعترف المتهم أثناء جلسة المحاكمة بناء على فعل مؤكد أو دليل حاسم بأنه ارتكب هذا الفعل، (ب) أقر المتهم باستعداده للخضوع للعلاج، (جـ) يترتب على نتيجة العلاج أثر هام في اختيار نوع العقوبة المقررة لهذه الجريمة. ويجب اعادة النظر في القضية التي تم تعليقها وذلك في اقرب وقت ممكن بعد انقضاء سنة واحدة على صدور قرار المحكمة. ويمكن اعادة فتح ملف القضية قبل انقضاء السنة لأربعة أسباب منها عدم التزام المتهم بخطة العلاج، ويعتبر اخفاقه هذا نقطة شديدة الاهمية.

وكذلك يعمل الطلب الطوعي لتلقي العلاج في المصحات المخصصة لذلك بمثابة حاجز من الاستمرار في الاجراءات الجنائية في بعض الجرائم المرتبطة بادمان المخدرات في مصر، والفلبين، وتايلاند.

العلاج بدلاً من السجن

تشتمل القوانين في هذه الفئة على نصّ بتعليق (أو التنازل عن) تنفيذ الحكم بعد الادانة رهناً باستكمال العلاج بنجاح. ومن بين ٥١ تشريعاً تمت

دراستها، وجدنا هذه النصوص في ثمانية قوانين في جمهورية المانيا الاتحادية، هونج كونج، أندونيسيا، وماليزيا، والسنغال، والسويد، وسويسرا (القانون الاتحادي) والولايات المتحدة الأمريكية (القانون الاتحادي). في سويسرا (القانون الاتحادي)، تطبق هذه النصوص عندما يكون المجرم شخصاً معولاً على الكحوليات والجريمة التي ارتكبها مربطة بهذه الحالة. وفي اندونيسيا والسنغال، يجوز اصدار حكم بعلاج مدمني المخدرات بدلاً من سجنهم. وفي هونج كونج، يصدر على الأشخاص المدانين في جريمة عقوبتها السجن والذين يكونون من مدمني المخدرات، حكم باحتجازهم في مركز للعلاج بدلاً من أي حكم آخر. وبموجب نص قانوني صدر حديثاً (١٩٨١) في جمهورية ألمانيا الاتحادية، فإن الوقت الذي يقضيه شخص مدان في العلاج يحتسب من المدة المحكوم بها عليه بالسجن، فإذا بلغت فترة العلاج حوالي ثلثي المدة العقوبة، يجب على المحكمة تعليق المدة الباقية شريطة وضع الشخص المعني تحت المراقبة.

العلاج المرافق لمدة العقوبة

هناك عدة أنواع من مثل هذا العلاج، منها:

أ ــ علاج الأشخاص المدانين اثناء قضائهم مدة السجن.

ب ــ العلاج قبل السجن، وبالتالي يجوز خفض مدة العقوبة بنفس مقدار فترة العلاج.

جـ ــ العلاج كشرط للافراج عنهم من السجن.

وقد وجدت نصوص قانونية بشأن العلاج المرافق لمدة العقوبة في عشرة قوانين تشريعية. فيجوز للمحكمة أن تصدر أمراً بعلاج الشخص المعول على المخدرات بالاضافة الى العقوبة المقررة في جرائم المخدرات في كل من: الارجنتين (لمدة غير محددة ينبغي استكمالها أولا ثم تحتسب من الفترة الكلية المحكوم بها والتي يجب الا تتجاوزها)، والبرازيل (العلاج في عيادة طبية ملحقة بالسجن أثناء قضاء

فترة العقوبة)، وبورما (يجوز ادخال «المدمن» للعلاج الطبي في مستشفيات السجون)، وهونج كونج (يجوز تحويل شخص من السجن إلى الايداع في مركز لعلاج الادمان)، واسرائيل (يجوز اصدار أمر الحجز لمدة لا تزيد على ثلاث سنوات، وتحتسب فترة العلاج من مدة العقوبة وفقا لما تراه المحكمة على الا تتجاوز هذه الفترة)، وموريشيوس (يمكن اصدار الأمر بالعلاج أو التعليم أو العناية اللاحقة أو التأهيل أو الاندماج في المجتمع بالاضافة الى أي عقوبات أخرى)، والفلبين (بعد أن يتم التأهيل، يعاد الشخص إلى المحكمة لبدء أو استكمال الاجراءات القضائية المتعلقة بقضيته، وفي حالة ادانته، يجوز احتساب كل أو جزء من الفترة التي قضاها في العلاج خصماً من مدة العقوبة)، وبولندا (يجوز للمحكمة أن تحتجز شخصاً للعلاج قبل تنفيذ العقوبة المحكوم بها عليه وذلك لمدة لا تقل عن ستة شهور ولا تزيد عن سنتين في قضايا الاعتياد على تعاطي الخمور والمسكرات الأخرى، ومن ثم تنظر المحكمة مرة أخرى في العقوبة بعد خروجه من المؤسسة العلاجية على ضوء النتائج التي حققها العلاج)، واتحاد الجمهوريات السوفيتية (يجوز للشخص المحكوم عليه بالسجن في مصحة علاجية أو مركز عمل مهني للتأهيل، أو بعد حجزه للعلاج الاجباري من قبل محكمة الشعب بسبب ادمان الخمر، أن يتم حجزه (بعد قضاء الفترة المحكوم بها) في مصحة علاجية خلال الفترة التي لم تستكمل من العلاج)، وفي الولايات المتحدة الامريكية ـ ولاية ماساشوستس (يجوز اصدار الأمر باخضاع شخص معول على المخدرات للعلاج في السجن لكل أو جزء من الفترة المحكوم بها عليه، فإذا لم تصدر المحكمة أمرها بحبس المدعي عليه في السجن، فإنه يجوز لها الحكم باخضاعه للعلاج كشرط للإفراج عنه بحيث يبقى تحت المراقبة).

ويبين الجدول رقم (٦) القوانين التي اشتملت على نصوص تقضي بالتحويل إلى العلاج. وهناك اختلافات في تفاصيل التحويل ضمن كل فئة بحيث ينبغي الرجوع إلى النصوص القانونية الأصلية كل على حدة في حالة الرغبة في الحصول على معلومات دقيقة.

٣ ـ ٥ ـ ١ الفحص الطبي

من بين ٢٢ قانوناً يوجد بها نظم التحويل (وفقا لما استعرضناه في الملحق ٢)، تشترط ١٥ قانونا منها اجراء فحوصات طبية، وتتضمن مثل هذه الفحوصات عادة واحداً على الأقل من ثلاثة عناصر:

أ ــ فحص بمعرفة أفراد من الهيئة الطبية، وغيرهم لغرض تقرير ما إذا كان الشخص معوّلا على المخدرات (أو، في بعض القوانين الأخرى، يدمن المسكرات بشكل مزمن).

ب ــ رأي أو تقرير صادر من الطبيب أو مسئول السجن بخصوص الحالة الصحية للشخص.

جـ ــ رأي حول أنسب برنامج لعلاج الشخص.

ويستلزم أن يكون الممارس الطبي القائم بالفحص قد تلقى تدريباً متخصصا أو أن يكون خبيراً (في الطب النفسي مثلاً) حسبما ورد في نصوص القوانين المعمول بها في البرازيل، واسرائيل، وسويسرا، والولايات المتحدة الأمريكية (ولاية ماساشوستس). وفي فرنسا، واندونيسيا، والفلبين، والسنغال، والسويد يعين لهذا الغرض طبيب أو هيئة طبية مختصة. وفي هونج كونج، وتايلاند، والاتحاد السوفيتي فإن قائد السجون أو أي مسئول آخر مناسب يعتبر مسئولاً عن التقارير المطلوبة.

يوضح الجدول (٧) نوع الفحص الطبي المطلوب، ومن الذي يجريه، ونطاق الفحص وفقا لما نصت عليه التشريعات المختلفة.

الجدول رقم (٦)

التحويل من نظام القضاء الجنائي[أ]

النـــوع	القوانين المعمول بها في الأقطار التالية
* العلاج بانتظار أو بدلاً من المحاكمة	مصر، فرنسا، جمهورية المانيا الاتحادية، الفلبين، السويد، تايلاند، المملكة المتحدة[ب]، الولايات المتحدة الأمريكية (الاتحادي)، ولاية ماساشوستس[جـ]، ولاية ويسكونسن[جـ].
* العلاج بدلاً من السجن	جمهورية المانيا الاتحادية، هونج كونج، اندونيسيا، ماليزيا، السنغال، السويد، سويسرا (الاتحادي)[ب]، الولايات المتحدة الأمريكية (الاتحادي).
* العلاج المترافق مع مدة العقوبة	الأرجنتين، البرازيل، بورما، هونج كونج، اسرائيل، موريشيوس، الفلبين، بولندا[ب]، اتحاد الجمهوريات السوفيتية (روسيا السوفيتية)، الولايات المتحدة الأمريكية (ولاية ماساشوستس).

أ ـ للتعويل على المخدرات فقط مالم يرد نص بخلاف ذلك.
ب ـ للأشخاص فقط المعولين على الخمر والمسكرات الأخرى.
جـ ـ قوانين منفصلة للمعولين على المخدرات والمعولين على المسكرات.

٣ ـ ٥ ـ ٢ طول مدة العلاج والمراجعة الدورية

تحددت مدة العلاج في قوانين ١١ قطراً من ٢٢ قطراً نصت تشريعاتها على التحويل من نظام القضاء الجنائي، وتتراوح بين عدة شهور الى فترة لانهائية. وقد وردت نصوص للمراجعة الدورية كذلك في قوانين ٩ من ٢٢ قطراً التي شملتها

الدراسة . ويتراوح عدد مرات المراجعة الدورية بصورة متفاوتة وكذلك عدد افراد الهيئة المسئولة عن اجراء المراجعة . في كل من هونج كونج ، واسرائيل ، والفلبين ، والولايات المتحدة الأمريكية (ولاية ماساشوستس) تجري المراجعة على فترات زمنية محددة (مثلاً تقضي القوانين الأمريكية بتقديم تقرير كل ثلاثة شهور لبيان مدى تقدم العلاج). وفي فرنسا يقدم التقرير على فترات زمنية منتظمة . وفي البرازيل ، يأخذ القاضي بعد تمام التأهيل بشهادة خبير ورأي المدعي العام بشأن وقف سير الدعوى الجنائية . وفي قانون صدر مؤخرا (١٩٨١) في جمهورية المانيا الاتحادية ، يقع العبء على المتهم لاثبات أنه خاضع للعلاج من الادمان وان تمام تأهيله أمر متوقع وذلك حتى يمكن اطالة مدة تعليق الدعوى القضائية . وقد أوجزنا مختلف هذه النصوص القانونية في الجدول رقم (٨) .

٣ ـ ٦ التبليغ الاجباري ، السجلات المركزية ، الاختبار المعملي ، والمراقبة الاجتماعية .

توجد نصوص تشريعية تقضي بالتبليغ ، والتسجيل المركزي ، والاختبار المعملي ، والمراقبة الاجتماعية للاشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات في نصف عدد القوانين التي تمت مراجعتها مع ارتفاع نسبتها في مناطق شرقي البحر الابيض المتوسط ، وغرب المحيط الهادي وجنوب شرقي آسيا .

ويبين الجدول رقم (٩) القوانين التي تتضمن مثل هذه النصوص والتي لا تضم الا أحكاماً متعلقة بالحجز المدني أو التحويل للعلاج من نظام القضاء الجنائي . بالنسبة لبعض الأقطار ، وجدنا هذه المتطلبات تتضمن في اكثر من نوع واحد من القوانين . وتحت عنوان «اجراء الاختبار» تضمنت نصوص تغطيّ كلا من : تنفيذ القانون (فحص البول لاستعمال النتيجة في الاختيار) وكذا الفحوصات الطبية (لكي تستعملها المحاكم في اسقاط النظر في القضايا) . وينطبق نفس الشيء على المراقبة . وفي الملحق رقم (٢) ملخص كامل للنصوص التشريعية المتعلقة بذلك .

جدول رقم (٧)

الفحوصات الطبية للتحويل للعلاج من نظام القضاء الجنائي

قانون	نوع الفحص الطبي ومن الذي يجريه؟	نطاق الفحص
* البرازيل	شهادة خبير رسمي أو يجري بواسطة ممارس طبّي يعّينه القاضي	الشخص
* فرنسا	تنظم السلطات الصحية المختصة عملية الفحص الطبي	الشخص مع استقصاء حياته العائلية والمهنية والاجتماعية .
* جمهورية المانيا الاتحادية		
* هونج كونج	غير وارد	غير وارد
	تقرير من قائد السجون بأن الشخص يناسبه تلقي العلاج والتأهيل، كما يفيد عن توفر أماكن في «مركز علاج الإدمان» عند الموافقة على نقل أشخاص من السجن وتحويلهم للعلاج فيه، وتؤخذ في الاعتبار الحالة الصحية والاخلاق والسلوك السابق .	الشخص
* اسرائيل (فلسطين المحتلة)	رأي اخصائي الطب النفسي الذي يفيد بأن المتهم مدمن على العقاقير المخدرة الخطرة	المتهم
* ماليزيا	فحص طبي أو ملاحظة طبية يتولاهما ممارس طبي في مركز حجز المدمنين، ونتيجة لهذا الفحص أو هذه الملاحظة تصدر شهادة بأن الشخص مدمن مخدرات	الشخص
* الفلبين	فحص بواسطة اثنين من الأطباء المعتمدين لدى مجلس مكافحة المخدرات الخطرة	الشخص

تابع جدول رقم (٧)

قانون	نوع الفحص الطبي ومن الذي يجريه؟	نطاق الفحص
* السنغال	فحص طبي بمعرفة ثلاثة أطباء على الأقل	الشخص مع اجراء التحريات اللازمة لتقصي حياته العائلية والمهنية والاجتماعية.
* السويد	يعطي المشرف الطبي في المصحة العلاجية رأيه بشأن نتيجة العلاج	الشخص
* سويسرا (القانون الاتحادي)	يصدر القانون أمراً باجراء تقييم بواسطة خبير طبي للحالة الجسمانية والعقلية لمجرم، وما إذا كان ينصح بالعلاج.	الشخص
* تايلاند	يصدر المسئول المختص في المصحة العلاجية شهادة بالإلتزام ببرنامج العلاج	الشخص
* اتحاد الجمهوريات السوفيتية	تبين نتائج الفحص الطبي حاجة الشخص للعلاج الاجباري بسبب الادمان الحاد والمزمن على الكحوليات	الشخص.
* المملكة المتحدة (انجلترا وويلز)	ملاحظة الضابط بأن الشخص مخمور وفاقد الأهلية	الشخص
* الولايات المتحدة الأمريكية (القانون الاتحادي)	يفحص طبيبان مؤهلان هذا الشخص لتقرير ما إذا كان	الشخص
(ولاية ماساشوستس)	«مدمن مخدرات» وأنه يرجح امكانية تأهيله عن طريق العلاج بناء على طلب المدعي عليه، أو بمعرفة اخصائي الطب النفسي، أو ـ في حالة عدم وجوده ـ بمعرفة الطبيب الذي يرفع تقريرًا بنتائج الفحص الطبي المتعلق بتعويل المدعي عليه على المخدرات	الشخص

الجدول رقم (٨)

طول مدة العلاج وعدد مرات المراجعة الدورية بعد التحويل للعلاج

قانون	طول مدة العلاج	عدد مرات المراجعة الدورية ومن الذي يجريها؟	طالب المراجعة
* الأرجنتين	غير محدد ولكن على ألا يتجاوز مدة العقوبة المحكوم بها	غير وارد	غير وارد
* فرنسا	غير وارد	تتابع السلطات الصحية تقدم العلاج وتخطر المدعي العام على فترات منتظمة بالموقف الصحي والاجتماعي للشخص، وإلى جانب ذلك يجوز للطبيب المسئول عن العلاج أن يقترح تعديل برنامج العلاج أو نقل الشخص إلى مرفق علاجي أكثر ملاءمة	السلطة الصحية أو الطبيب المسئول عن العلاج
* البرازيل	غير وارد	غير وارد، ولكن بعد انتهاء التأهيل، يأخذ القاضي بشهادة خبير بخصوص تمام التأهيل، ويطلب رأي المدعي العام بشأن تقرير مدى امكانية إسقاط إجراءات الدعوى القضائية	غير وارد

يتبع

تابع جدول رقم (٨)

قانون	طول مدة العلاج	عدد مرات المراجعة الدورية ومن الذي يجريها؟	طالب المراجعة
* جمهورية ألمانيا الاتحادية	ثلاثة شهور على الأقل	يجب أن يثبت المتهم أنه كان يتلقى علاجاً	المتهم
* هونج كونج	لا أقل من أربعة شهور وبحيث لا تتجاوز اثني عشر شهرا	يراجع مجلس المراجعة الذي ينشأ في كل مركز لعلاج الادمان مدى تقدم الشخص في العلاج منذ دخوله المركز ويرفع توصيات تتعلق الإفراج عنه. ويجب أن تجري المراجعة: (أ) خلال الشهر الثالث من تاريخ دخول المركز العلاجي. (ب) مرة كل شهرين على الاقل خلال الشهور الأربعة التالية للمقابلة الأولى. (جـ) بعد ذلك، مرة واحدة كل شهر على الأقل.	مجلس المراجعة.
* إسرائيل (فلسطين المحتلة)	لا تزيد على ثلاث سنوات أو على مدة العقوبة بالسجن، أيهما أطول.	يعيد المدعي العام القضية كل ستة شهور إلى المحكمة التي يجوز لها الغاء أمر الحجز.	المدعي العام أو من يمثله.

يتبع

تابع جدول رقم (٨)

قانون	طول مدة العلاج	عدد مرات المراجعة الدورية ومن الذي يجريها؟	طالب المراجعة
* ماليزيا	ستة شهور خاضعة لخفض أو تمديد مدة الحجز حسبما يراه «مجلس الزائرين» بمركز التأهيل	غير وارد	غير وارد
* الفلبين	غير وارد	يقدم مدير المركز العلاجي، كل أربعة شهور، أو حسبما تتطلبه المحكمة تقريرًا مكتوبًا عن تقدم علاج الاشخاص الموضوعين تحت الحجز الاجباري ويقدم هذا التقرير في اي وقت للمرضى الخاضعين للعلاج الطوعي.	مدير المركز العلاجي بالنسبة للأشخاص المحتجزين اجباريا، وبالنسبة للمريض الطوعي يكون الشخص نفسه أو أسرته أو ولي أمره
* بولندا	غير محددة مقدماً ولكن لا تقل عن ستة شهور ولا تزيد عن سنتين	غير وارد	غير وارد
* السويد	لا تزيد عن سنة واحدة	يجوز إعادة نظر الدعوى الجنائية (ينقطع العلاج لأي واحد من أربعة أسباب، احدها عدم الإلتزام بخطة العلاج)	المحكمة

يتبع

تابع جدول رقم (٨)

قانون	طول مدة العلاج	عدد مرات المراجعة الدورية ومن الذي يجريها؟	طالب المراجعة
* سويسرا (القانون الاتحادي)	حتى سنتين	يجوز تنفيذ الأحكام السابق تعليقها : (أ) إذا تبين أن الشخص لا يرجي شفاؤه. (ب) إذا لم تستوفي متطلبات الإفراج المشروط بعد انقضاء سنتين	المحكمة.
* الولايات المتحدة (القانون الاتحادي)	ستة شهور إضافية إلى ما يناهز ثلاث سنوات في مراكز التأهيل الاجتماعي	بعد ثلاثة شهور من تاريخ الحجز، يجوز للشخص تقديم التماس إلى المحكمة. ويجب على المحكمة أن تتحرى عن الأحوال الصحية والعامة للمريض ومدى الحاجة إلى استمرار احتجازه.	الشخص
(ولاية ماساشوستس)	لا تزيد عن ١٨ شهرا أو فترة زمنية تعادل اقصى عقوبة حكم بها على الشخص، أيهما أقل.	تقارير كتابية كل ثلاثة شهور بشأن تقدم علاج المريض.	مدير المرفق العلاجي.
(ولاية ويسكونسن)	لا يزيد عن ٤٨ ساعة	غير وارد	غير وارد.

٣ - ٦ - ١ التبليغ الاجباري

توجد النصوص التي تحكم التبليغ الاجباري في ٢١ من ٥١ قانونًا تتطلب بشكل عام قيام أفراد معينين بابلاغ المسئولين الحكوميين عن الاشخاص الذين يعرفون أو يشكّون في أنهم يدمنون المخدرات. ويتنوع الاشخاص أو المنظمات المطلوب منهم تقديم هذه البلاغات تنوعاً كبيراً حيث تشتمل القائمة على مسئولي تنفيذ القانون، والمحامي العام، والمستشفيات والعيادات والأسرة وسلطات السجون والمصالح العامة والأطباء الممارسين. والغالب في القوانين أن يُحدّد بصفة خاصة الأطباء وأعضاء الهيئة الطبية الآخرين الذين يصادفون اشخاصاً معوّلين على المخدرات لأول مرة، حيث يتعين عليهم ابلاغ السلطات الصحية أو غيرها بخصوص أي اشخاص مدمنين للمخدرات أو الخمر.

ومن الأمور شديدة الأهمية تلك المعايير التي تحددها القوانين للأطباء حتى يكونوا أول من يبدأ عملية التبليغ. وهي مهمة لأن متطلبات التبليغ تضع الطبيب في موقف الاختيار بين حماية الأسرار الشخصية، وبين تنفيذ ما يقتضيه القانون حيث أن عدم الابلاغ يجعل الطبيب عرضة لدفع الغرامة أو السجن وفقاً لما نصت عليه قوانين العديد من الأقطار. ولما كان الشخص المعوّل على المخدرات يدري أن الطبيب ملزم بأن يبلغ السلطات عنه، فقد يختار إلّايلجأ لطلب أي رعاية طبية بالمرة أو أن يتوجه إلى ممارسين غير مؤهلين.

وتختلف كذلك الجهات التي ينبغي ابلاغها ولكن يمكن تصنيفها تحت فئتين عريضتين: (أ) الجهات الإدارية والمسئولة عن تنفيذ القانون (ب) وإدارات الصحة أو الشئون الاجتماعية. وتعكس الجهة المحددة الغرض من القانون حيث أنه وضع بصورة أساسية لمكافحة المخدرات وليس لأغراض العلاج الإدارية الأخرى.

جدول (٩)

التبليغ الإجباري، السجلات المركزية، الاختبار المعملي

والمراقبة الاجتماعية

المطلوب	قوانين
ـ التبليغ الاجباري	بورما، كولومبيا، قبرص، فنلندا، فرنسا، هونج كونج، أندونيسيا، ايطاليا، اليابان، ماليزيا، المكسيك، النرويج، الفلبين، السنغال، سنغافورة، الصومال، السويد، سويسرا (سانت جالين)، تونس، المملكة المتحدة (انجلترا وويلز)، زامبيا.
ـ السجلات المركزية	بورما، كولومبيا، هونج كونج، باكستان*، الاتحاد السوفيتي (روسيا السوفيتية).
ـ الاختبار المعملي	هونج كونج، اليابان، النرويج، سنغافورة، الولايات المتحدة الامريكية (ماساشوستس).
ـ المراقبة الاجتماعية	فنلندا، فرنسا، هونج كونج، ماليزيا، النرويج، السنغال، السويد، سويسرا، (القانون الاتحادي)، الاتحاد السوفيتي (روسيا السوفيتية) الولايات المتحدة الأمريكية (ماساشوستس).

(*) ينطبق على «مدمني الافيون» فقط.

ويبين الجدول (١٠) متطلبات التبليغ في ٢١ قطرا نصت قوانينها على احكام بشأن التبليغ، والجهة التي يتعين تبليغها، ومحتوى البلاغ.

٣ ـ ٦ ـ ٢ السجلات المركزية

تسجيل الأشخاص المعولين عـلى المخدرات مـطلوب لخدمـة عدة أهـداف حددها القانون. فيطلب القانون في بورما من «مدمني المخدرات» التسجيل لـدى مراكز العلاج الطبي حيث تستخرج لهم بطاقة تسجيل بمعـرفة المـوظف المسئول. وللذين يتعـاطون المخـدرات عرضـاً أو عند الاقتضـاء (ويحددهم القـانون بـأنهم اشخاص لم تعد بهم حاجة إلى تعـاطي المخدرات أو العقـاقير المخـدرة الخطرة)، توجد سجلات تفصيلية مستقلة بـالإسم والعنوان والـوظيفة الـخ. ويحفظ سجل «مدمني المخدرات» لدى مجلس مكافحة العقاقـير المخدرة ويحتـوي على البيـانات الشخصية كاملة وظروف التعويل على المخدرات والعلاج.

وبموجب قانون هونج كونج، انشيء «السجل المركزي لادمـان المخدرات» لغرضين :

أ ـ تجميـع وضـمّ وتحليـل المعلومـات السـريّـة المـزودة من جهـات الابـلاغ، والبيانات المتعلقة بادمان المخدرات والعلاج.

ب ـ نشر المعلومات الاحصائية عن ادمان المخدرات وعن مختلف أشكال عـلاج الادمان. وكان القانون في كولومبيا أكثر تحديداً عنـدما نص عـلى أن تحتفظ وزارة الصحة العامة بسجل لمدمني المخدرات يحتوي على البيـانات الـلازمة لتقييم اتجـاهات هـذه الظاهـرة في أراضي الدولـة. وفي الاتحاد السـوفيتي، أجـاز القانـون «لمجلس مكافحـة ادمان الخمـر» أن ينشيء اقسامـاً لتسجيل الاشخاص الذين يسيئون استعمال الكحوليات ويعانون من الادمان.

٣ ـ ٦ ـ ٣ الإختبار المعملي

يتضمن هذا فحصاً سريرياً لسـوائل جسم الشخص أو تنفسـه لتحديـد ما أن كان بها مخـدرات أو كحول. ويجـوز اجراء مثـل هذا الاختبـار بمعرفـة موظفي تنفيـذ القانـون، أو موظفي الجـمارك أو الهجـرة في بعض الأقـطار، وقـد يشكـل الامتناع عن تقديم العينة اللازمة فعلاً جنائياً، بمـوجب قانـون ادمان المخـدرات

لسنة ١٩٧٢ في سنغافورة، يجوز لأي مسئول شرطة (لا تقل رتبته عن رقيب)، إذا ارتاب بصورة معقولة في أن شخصاً قد دخن أو تعاطى مخدراً محظوراً بأي شكل، أن يطلب من هذا الشخص تقديم عينة لاجراء فحص على البول، ويشكل عدم انصياعه للأمر جريمة قانونيا .

وبالمثل، يجوز لأي ضابط في مكتب مكافحة المخدرات أو ضابط شرطة أو ضابط أو مسئول هجرة (لا تقل رتبته عن رقيب) إذا اشتبه بصورة معقولة في أن شخصاً قد ارتكب جرماً (حيازة المخدرات)، أن يطلب من هذا الشخص تقديم عينة من بوله لاختبارها. فإذا اتضح لمدير المكتب العام لمكافحة المخدرات، نتيجة لهذا الاختبار، أن هذا الشخص يلزمه علاج أو تأهيل (أو كلاهما)، فله أن يصدر أمراً بايداع هذا الشخص في مؤسسة معتمدة. وفي اليابان يعتبر تعاطي المخدرات أو المواد المنشطة من قبل أي شخص فعلاً جنائياً يتم بموجبه القبض على الاشخاص ويقتضي اخضاعهم لاختبارات البول.

وقد رخصّ القانون النرويجي لسنة ١٩٧٩ بشأن تنظيم السجون لمدير السجن أن يأمر باجراء اختبارات البول واختبار التنفس وغير ذلك من الفحوصات التي يمكن أداؤها بدون أي خطورة أو ازعاج شديد بغرض الكشف عما إذا كان السجين قد تعاطى مواد كحولية أو مواد منشطة. وفي الولايات المتحدة الامريكية (ماساشوستس) يجوز لأي محكمة عند النظر في أمر المدعي عليه المعوّل على المخدرات والذي قد يستفيد من العلاج، أن يجعل شرط تعليق العقوبة أن يتلقّى المدعي عليه علاجاً في مرفق علاجي كمريض داخلي أو خارجي. ويجوز أن يكون اجراء تحليل البول دورياً لإثبات خلو الشخص الذي علقت عقوبته من أثر المخدرات شرطاً لاستمرار اطلاق سراحه مع وضعه تحت المراقبة.

٣ ـ ٦ ـ ٤ المراقبة الاجتماعية

تتوفر أحكام بشأن مختلف أشكال الإشراف بما في ذلك المراقبة الاجتماعية للأشخاص في كافة مراحل اتصالهم ببرامج العلاج بنص العديد من القوانين.

وقد تتطلب المراقبة الاجتماعية قبل أو بعد تقديم العلاج، وتكون في الغالب شرطاً لتعليق العقوبة أو عدم النطق بالحكم أو تأجيله.

وتوجد أحكام المراقبة الاجتماعية في عشرة من ٥١ قانوناً تمت مراجعتها. ففي فرنسا، وفنلندا، والسنغال، يرخص القانون للسلطات أن تصدر أمراً بوضع الاشخاص الذين يحتاجون علاجاً من التعويل على المخدرات (فرنسا والسنغال) أو من التعويل على الكحوليات (فنلندا) تحت المراقبة الطبية بدلاً من إخضاعهم اجبارياً لعلاج الإدمان. ويتعين عادة على هؤلاء أن يعالجهم طبيب وأن يحضروا لإثبات حالتهم أمام السلطات الصحية.

ويجوز للمحكمة في الولايات المتحدة الأمريكية (ماساشوستس)، كما يجوز للمفوض العام لمكافحة المخدرات في هونج كونج أن يفرض على أي شخص علقت عقوبته ووضع تحت المراقبة متطلبات معينة كالحضور لاثبات حالته والخضوع لاختبارات طبية الهدف منها الإطمئنان على استمراره في العلاج أو خلوه من أثر المخدرات. وفي الاتحاد السوفيتي يتحمل مجلس مكافحة إدمان الخمر مسئولية مراقبة الاشخاص المعولين بصورة حادة على الكحوليات في المجتمع.

٣ ـ ٧ القوانين الحديثة والقوانين التي لازالت قيد الدراسة

من المؤشرات الهامة الدالة على حالة وفعالية القانون الخاص بعلاج الأشخاص المعوّلين على المخدرات والمسكرات في أي قطر أن يكون هناك اهتمام باجراء التعديلات الجذرية اللازمة في هذا المجال. ومنذ أن نشرت دراسة منظمة الصحية العالمية لسنة ١٩٦٢ وعلى مدى أكثر من عقدين من الزمان أجرت العديد من الأقطار تعديلاً على قوانينها استجابة للمبادرات الوطنية والتطورات التكنولوجية. وقد شملت التغييرات الهامة التي جرت في الآونة الأخيرة إعادة

الجدول رقم (١٠)
متطلبات التبليغ الاجباري

قانون	أسباب التبليغ ومن الذي يقوم به؟	الجهة التي يتعين إبلاغها	مضمون البلاغ
* بورما	يجب على كل شخص يدمن المخدرات أو العقاقير المخدرة الأخرى أن يتقدم بطلب تسجيل	مجالس تسجيل مدمني المخدرات والإشراف على العلاج الطبي في مختلف مدن القطر	اسم المدمن (لقيده في السجل) أو الإسم والعنوان والوظيفة (لقيدها في سجل منفصل لمتعاطي المخدرات حسب الاقتضاء)
* كولومبيا	الأطباء الذين يعالجون مرضى بحاجة إلى مخدرات بكميات أكبر من الجرعات العلاجية.	السلطات الصحية المختصة	الإسم والسن والحالة الاجتماعية والجنسية ومحل الاقامة والجرعة اليومية وإلى متى سيعالج بالمخدرات
* قبرص	الممارس الطبي الذي يعالج شخصا ويشتبه في أنه مدمن مخدرات محظورة	الجهة المعنيّة	التفاصيل التي يتطلبها القانون عن الشخص المذكور.

يتبع

تابع جدول رقم (١٠)

قانون	أسباب التبليغ ومن الذي يقوم به؟	الجهة التي يتعين إبلاغها	مضمون البلاغ
* فنلندا	الشرطة، والمدعي العام، وسلطات السجون، والسلطات العسكرية لدى عثورها على شخص في حالة سكر بيّن، ويرخص للممارس الطبي بتقديم المعلومات اللازمة.	مجلس الرعاية الاجتماعية في محل اقامة الشخص نفسه.	معطيات حالة السكر وكافة المعلومات المتعلقة بالشخص الذي يتعين عليه الخضوع للاختبارات القانونية التي تجري للسائق الخطر أو المخمور.
* فرنسا	المدعي العام الذي اصدر أمراً للشخص باخضاعه لعلاج الادمان أو للمراقبة الطبية	السلطة الصحية المختصة.	اثبات أن أمراً قد صدر من المدعي العام.
* هونج كونج	جهات التبليغ المختلفة (المستشفيات، العيادات الخاصة، شرطة السجون، والمنظمات التطوعية لتقديم الخدمات إلى مدمني المخدرات)	السجن المركزي لادمان المخدرات أو احدى جهات التبليغ	«معلومات سرية» محددة في القانون.
* أندونيسيا	أسرة أو ولي أمر مدمن المخدرات غير الراشد	الموظف المختصّ بوزارة الصحة	واقعة الادمان

يتبع

تابع جدول رقم (١٠)

قانون	أسباب التبليغ ومن الذي يقوم به؟	الجهّة التي يتعين إبلاغها	مضمون البلاغ
* إيطاليا	- أي طبيب يعالج أو يساعد شخصاً يتعاطي عقاقير مخدرة أو مواد منشطة	- المركز المختص بالعناية والتأهيل للأشخاص الذين يتعاطون عقاقير مخدرة.	- واقعة تعاطي المخدرات.
	- الشرطة	- أقرب مركز شرطة أو قاضي محلّي	- كل حالات تعاطي المخدرات التي تقع تحت أيديهم.
* اليابان	الطبيب الممارس، ضباط مكافحة المخدرات، المدعي العام، قائد السجن	محافظ العاصمة أو هو كايدو أو حاكم أي اقليم آخر	الاسم ومحل الاقامة والسن والجنس وأي أمور أخرى (حسبما ينطبق)
* ماليزيا	الأطباء الممارسون المسجلون الذين يقومون بعلاج الادمان أو تأهيل اشخاص معولين على المخدرات	وزير الخدمات الاجتماعية	بيانات شخصية عن مدمن المخدرات
* المكسيك	الاطباء المؤهلون وذلك في غضون ثمانية أيام من ملاحظتهم حالة ادمان مخدرات بين المرضى الذين يعالجونهم	أقرب مكتب لوزارة الصحة أو الشئون الاجتماعية	هوية الشخص بالإضافة الى تشخيصهم للحالة ورأيهم في مدى الحاجة للعلاج

يتبع

تابع جدول رقم (١٠)

قانون	أسباب التبليغ ومن الذي يقوم به؟	الجهة التي يتعين إبلاغها	مضمون البلاغ
* النرويج	مطلوب من الشرطة ابلاغ لجان «الامتناع عن شرب الخمر» بشأن كافة حالات الادمان على المسكرات التي يعاقب عليها القانون	لجان «الامتناع عن شرب الخمر»	تقرير عن الحالة
* الفلبين	المحكمة في أي مرحلة من سير الدعوى الجنائية إذا وجد الشخص معولا على المخدرات	مجلس مكافحة المخدرات الخطرة	نسخة من ملف القضية
* السنغال	أي طبيب يصبح أثناء تشخيص أو علاج احدى الحالات على اقتناع تام بأن الشخص يتعاطى مخدرات بصورة غير مشروعة	رئيس الهيئة الطبية في المنطقة	بيانات هوية الشخص
* سنغافورة	الطبيب الممارس الذي يعالج شخصا يعتبره، أو توجد لديه أسباب للاشتباه في أنه مدمن مخدرات وذلك في غضون سبعة أيام من اطلاعه على الحالة	مدير الخدمات الطبية ومدير المكتب المركزي لمكافحة المخدرات	الاسم والسن ورقم الهوية والجنس والعنوان ونوع المخدر الذي يتعاطاه

يتبع

تابع جدول رقم (١٠)

قانون	أسباب التبليغ ومن الذي يقوم به؟	الجهة التي يتعين إبلاغها	مضمون البلاغ
* الصومال	ـ الطبيب الممارس الذي يعالج أو يفحص شخصا يعاني من ادمان حاد نتيجة تعاطي عقاقير مخدرة وذلك خلال ٤٨ ساعة.	الشرطة والمكتب المركزي لمكافحة المخدرات	تقرير عن الحالة
	ـ الشرطة والمديرون الاقليميون والمسئول الطبي في المنطقة ينبغي عليهم الابلاغ عن كافة حالات ادمان المخدرات التي يعلمون بها.	المكتب المركزي لمكافحة المخدرات	تقرير عن الحالة
* السويد	السلطات العامة التي لها صلة منتظمة بمدمني المخدرات والكحوليات الذين يفترض أنهم بحاجة إلى العلاج، ولا يتطلب القانون من الطبيب ضرورة الابلاغ إذا أمكن تقديم العلاج الوافي بواسطة الطبيب أو الخدمات الطبية الأخرى	الإدارة المحلية في المحافظات	أي تفاصيل يمكن أن تكون مناسبة..

يتبع

تابع جدول رقم (١٠)

قانون	أسباب التبليغ ومن الذي يقوم به؟	الجهة التي يتعين إبلاغها	مضمون البلاغ
* سويسرا (سانت جالين)	من حق كل فرد أن يبلغ عن حالات ادمان المسكرات، وعلى الجهات الرسمية تقديم تقرير بذلك	مركز الرعاية الاجتماعية أو سلطات الوصاية	تقرير عن الحالة.
* تونس	يجب على الأطباء الإبلاغ عن كافة حالات الادمان التي يكتشفونها أثناء ممارسة العمل	المكتب القومي لمكافحة المخدرات	تقرير عن الحالة
* المملكة المتحدة (انجلترا ويلز)	الطبيب الذي يعالج مريضاً يعتبره أو يشتبه في أنه مدمن على المخدرات المحظورة	السلطة المعنية	التفاصيل ا لتي تقرها النظم المعمول بها.
* زامبيا	أي طبيب ممارس يصف عقارا يؤدي للإدمان لمدة تزيد على أربعة شهور	السكرتارية الدائمة لتطبيق قانون مكافحة المخدرات الخطرة	تقرير عن الحالة

* تنطبق النصوص القانونية على الأشخاص المعوّلين على المسكرات.

تنظيم البرامج بصورة عامة في عدد من التشريعات التي خضعت للمراجعة حيث وجدنا بعضها قد أصدر فعلاً قوانين جديدة بينما لازالت الأخرى قيد التطوير حالياً. وينطبق ذلك على استراليا، وبنجلاديش، وكندا، وجمهورية المانيا الاتحادية، وهونج كونج، واسرائيل، وباكستان، وبولندا، والسويد، وتايلاند، والمملكة المتحدة، والولايات المتحدة الامريكية.

فقد أصدرت السويد قانوناً جديداً هاماً اشتملت نصوصه على الحجز المدني الاجباري للمعّولين على المخدرات والكحوليات. وكذلك صدر في مقاطعتي باڤاريا وهامبورج بجمهورية ألمانيا الاتحادية قانون مشابه. في يونيو ١٩٨٠ أقر البرلمان السويدي قانون الخدمات الاجتماعية الجديد الذي حل محل تشريعات سابقة بشأن الرعاية الاجتماعية (قانون الامتناع عن تعاطي المسكرات لسنة ١٩٥٤ وقانون الرعاية الاجتماعية سنة ١٩٥٦ وقانون رعاية الطفولة والشباب لسنة ١٩٦٠ وقانون رعاية الطفولة لسنة ١٩٧٧). وقد بدأ سريان القانون السويدي الجديد اعتبارا من الأول من يناير ١٩٨٢ والحقت به مراسيم خاصة بالرعاية الاجبارية لمدمني المخدرات والمسكرات.

وفي جمهورية المانيا الاتحادية، ينصّ قانون المخدرات الاتحادي على أنه يجوز للمجرمين المحكوم عليهم بالسجن لمدد لا تزيد على سنتين أن يتلقوا علاجاً قبل تنفيذ العقوبة، وعليه يجوز أن يطلب المدعي العام تأجيل الدعوى بانتظار العلاج. ويتضمن ادخال الاشخاص المدمنين إلى المستشفى وعلاجهم اجبارياً في جمهورية المانيا الاتحادية في القوانين الصادر ة في مختلف المقاطعات الالمانية. ولقوانين الحجز في المستشفى في المقاطعات العشرة أهداف متماثلة ولكن اصلاحات جديدة ادخلت عليها خلال الثلاثين عاماً الماضية وبخاصة فيما يتعلق بتعزيز حقوق الاشخاص المحتجزين. وتعتبر مقاطعة «هيس» حالياً صاحبة أقدم تشريع في المانيا يرجع الى ١٩ مايو ١٩٥٢ بينما صدر أحدث تشريع في مقاطعة باڤاريا في ٢٠ ابريل ١٩٨٢. وطبقا لنصوص القانون البافاري، يجوز اصدار أمر

الحجز الاجباري بالمستشفى للمصابين باختلال عقلي نتيجة الادمان ويمثلون خطرا على السلامة العامة أو على حياتهم الخاصة.

وقد ادخلت تطورات هامة على الرعاية الاجبارية للمعولين على المخدرات والمسكرات في كندا. فقد رخّص قانون الصحة النفسية الجديد باقليم «جزيرة برنس ادوارد» لسنة ١٩٨١ لضباط الشرطة دخول الأماكن الخاصة لنقل أي شخص يرون أنه يعاني من اختلال عقلي بسبب استعمال الكحوليات أو أي مواد كيميائية أخرى. ويجوز لهم استعمال القوة المعقولة بالقدر الضروري ليأخذوا الشخص الى مركز العلاج. وكان قانون علاج مدمني الهيروين لسنة ١٩٧٩ في اقليم كولومبيا البريطانية والذي ينص على الحجز المدني الاجباري للمعولين على المخدرات قد اعتبر غير دستوري حيث رأت المحكمة العليا بالاقليم أنه يتجاوز سلطات الادارة المحلية في الاقليم، إلا أن الحكمة العليا الكندية الغت هذا القرار عند الاستئناف، وقررت بأن القانون يقع في نطاق الممارسة الصحيحة للصلاحيات الاقليمية.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية، صدر في سنة ١٩٨١ قانون اتحادي هام هو «قانون التوفيق بين الميزانيات الشامله» الذي أوجد تغييرات جذرية على دور الحكومة الاتحادية في توفير خدمات الوقاية والعلاج من ادمان المخدرات، وفي المشاركة الفعالة بين الدولة والولاية لتوفير هذه الخدمات. وكجزء من مبادرة حكومية لتحولات اتحادية جديدة، سيتوقف في النهاية مجمل تمويل الاعانة الاتحادية على أن تحل فترة تمويل انتقالية محل برامج الاعانة السابقة، وبحيث يتوقع أن تتحمل الولايات مسئولية التمويل والبرامج كاملة في وقت ما بين عامي ١٩٨٤ ـ ١٩٨٨. فإذا نفذ هذا البرنامج الشامل، فسوف تنتهي المشاركة المالية الاتحادية في الخدمات الاجتماعية للوقاية والعلاج من ادمان المخدرات، وبالتالي تصبح زيادة المساعدات المالية من مسئولية الولايات وحدها.

وقد ذكر أن تشريعات هامة بشأن علاج ادمان المخدرات والمسكرات لاتزال في مراحل المراجعة أو التطوير في أربع من مناطق منظمة الصحة العالمية.

المنطقة الأروبية:

في بولندا، اقترح في ابريل ١٩٨٢ قانون جديد بشأن «العمل المضاد لادمان الكحوليات» ينتظر أن يحدث تغييراً هاماً في المباديء التي قام عليها علاج الاشخاص المعولين على المسكرات، وسوف يشتمل على نص لتنظيم العلاج الطوعي.

وفي المملكة المتحدة (انجلترا وويلز) اجرى البرلمان الإنجليزي في ١٩٨٢ تعديلاً على قانون الصحة النفسية لسنة ١٩٥٩ الذي يختص بالحجز الاجباري في المستشفى لعلاج الاختلال العقلي بحيث أجاز احتجاز الاشخاص المعولين على المخدرات والكحوليات إجباريا في المستشفى فقط عندما يتواجد ادمان الخمر أو المخدرات في نفس الوقت أو يترافق مع الاختلال العقلي. وتنص المادة الجديدة في القانون على أنه «لا شيء في هذه المادة يمكن تفسيره على أنه يتضمن جواز معاملة شخص بموجب هذا القانون على أنه يعاني من اختلال عقلي فقط بسبب التعويل على الكحوليات أو المخدرات».

وفي النرويج، لازالت تغييرات في قانون العلاج المعمول به حالياً قيد الدراسة في محاولة لجعله أكثر ملاءمة لمشكلات الحاضر، والتطورات الجديدة في مجال علاج الأشخاص المعوّلين على المخدرات والكحوليات من واقع التجارب المكتسبة من مجموعاتهم المختلفة. وأهم المسائل التي يجري بحثها مسألة تنظيم العلاج الطوعي بدلاً من الحجز المدني الاجباري في المؤسسات العلاجية.

منطقة شرقي البحر الأبيض المتوسط:

هناك تحرك في باكستان نحو تغيير قانون الصحة النفسية الحالي بحيث يتضمن نصوصاً بشأن علاج الاشخاص المعولين على المخدرات.

منطقة جنوب شرقي آسيا :

لا يوجد في بنجلاديش قانون يتناول بصفة خاصة علاج الأشخاص المعولين على المخدرات أو المسكرات . ولازالت الحكومة تدرس اقتراحاً بقانون لمكافحة العقاقير المخدرة . ويشتمل هذا القانون المقترح على نصوص تقضي بعلاج وتأهيل «مدمني المخدرات» .

وفي تايلاند ، يقوم مكتب مجلس مكافحة المخدرات بالتعاون مع مكتب رئيس الوزراء ووزارة الصحة العامة بدراسة تعديلات مقترحة على قانون مكافحة العقاقير المخدرة لسنة ١٩٧٩ من أجل اعطاء مزيد من الصلاحيات للسلطات المختصة بالوقاية والعلاج والسيطرة على مشكلات ادمان المخدرات .

منطقة غربي المحيط الهادي :

هناك تحرك واضح نحو تعديل القانون في استراليا وهونج كونج . ففي جنوب استراليا ، يتركز الاهتمام على اعادة صياغة قانون علاج مدمني المخدرات والمسكرات وفقاً لما ورد في توصيات المفوضية الملكية لجنوب استراليا بشأن الاستعمال غير الطبيعي للعقاقير المخدرة . وتتجه النية الى عدم تجريم السكر في مكان عام بينما تدرس وزارة الدولة لخدمات السجون ايجاد مواد تقضي بالخدمة الاجتماعية كوسيلة للتعامل مع الجرائم المرتبطة بادمان المخدرات والكحوليات .

وفي هونج كونج يزداد الاهتمام حالياً بتنقيح النصوص الخاصة بالعلاج الطوعي من أجل الغاء شرط بقاء «مدمني المخدرات» داخل مصحات العلاج لمدة لا تقل عن ستة شهور . وسوف يحقق هذا التغيير توافقاً بين القانون وبين الممارسات غير الرسمية التي تقضي حالياً بامكانية اطلاق سرح المريض مبكراً بناء على طلبه .

٣ ـ ٨ النظم التشريعية الاتحادية

كانت لبعض الأقطار التي خضعت للدراسة نظم فيدرالية (اتحادية) للحكم مما القى عبء ادارة البرامج الصحية العامة والمتخصصة على مستوى الحكومات المحلية في الولايات والأقاليم والمقاطعات. ومن أهم مجالات الاهتمام في دارستنا ما يتعلق بدور الحكومات المحلية في تقديم برامج العلاج الخاصة بالتعويل على المخدرات والمسكرات. ويهمنا ذلك بصفة خاصة من حيث تأثير المعاهدات الدولية على سن التشريعات الوطنية المتعلقة بالمخدرات، وتنفيذ الإلتزامات المترتبة على المعاهدة الموحدة بشأن العقاقير المخدرة سنة ١٩٦١ ومعاهدة المواد المنشطة لسنة ١٩٧١. فالحكومات الوطنية هي التي تعتبر الطرف الموقع على الاتفاقيات الدولية، بينما يظل تنفيذ برامج العلاج وما يرتبط به من خدمات في الغالب من مسئولية الحكومات المحلية.

ومن المعتاد أن يكون القانون الجنائي العام من اختصاص الحكومة الاتحادية (أو بمشاركة سلطات الحكومات المحلية)، وتتركز في هذا القانون عادة تلك النصوص الخاصة بمكافحة النشاطات غير المشروعة في مجال المخدرات. وعلى عكس ذلك، تنشأ القوانين المتعلقة بالخمر والمسكرات على مستوى الحكومات المحلية، بينما تكون برامج العلاج المحلية في الولايات المختلفة هي السائدة. في كندا يطبق القانون الجنائي وقوانين مكافحة المخدرات مبدئيا على المستوى الاتحادي، حيث تتوفر برامج اتحادية لمكافحة تهريب المخدرات غير المشروعة، وتنظيم صناعة وتوزيع العقاقير المخدرة المشروعة عن طريق فرض قيود على البيانات المعلنة على أغلفة العبوات وعلى ترخيص صرف المادة الدوائية. إلا أن الخدمات الصحية وبرامج علاج ادمان المخدرات بصفة خاصة تظل من مسئولية المقاطعات الكندية المختلفة.

وفي كولومبيا البريطانية بكندا مثلا، يقضي قانون علاج مدمني الهيروين لسنة ١٩٧٩ بأن أي شخص تجده مجموعة التقييم «بحاجة إلى العلاج بسبب التعويل على المخدرات» يجب الحاقه ببرنامج علاجي مدته ثلاث سنوات على

الأقل. وقد سبق أن ذكرنا بأن المحكمة العليا الاقليمية اعتبرت هذا القانون غير دستورياً، ألا أن المحكمة العليا الاتحادية الغت هذا الحكم وأقرت القانون.

ووافق البرلمان الكندي مؤخرا (في ديسمبر ١٩٨١) على دستور اتحادي جديد يتضمن «ميثاق الحقوق والحريات» التي تطبق على كافة المواطنين في كندا بما في ذلك الحق في «عدم إخضاع المواطن لأي معاملة أو عقوبة وحشية وغير عادية». ومن المعتقد أن النصوص الدستورية الجديدة ستؤثر على التشريعات الإقليمية المتعلقة بالحجز المدني الاجباري والعلاج الإلزامي للاشخاص المعولين على الخمر والمخدرات.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية، ادخلت برامج علاج «مدمني المخدرات» على المستوى الاتحادي في سنوات الثلاثينات في أعقاب انشاء مستشفيات السجون الخاصة في لكسنجتون وكينتاكي وفورت ورث وتكساس. ورغم قلة اللجوء إلى استخدام نصوص القانون الاتحادي لتأهيل مدمني المخدرات لسنة ١٩٦٦ (القانون العام رقم ٨٩ ـ ٧٩٣) فإنه يقرر بين أحكامه:

أ ــ الحجز المدني الاجباري بديلاً عن السير في اجراءات الدعوى القضائية.
ب ــ اصدار حكم بالحجز المدني الاجباري لغرض العلاج.
جـ ــ الحجز المدني الاجباري لأشخاص غير مكحومين في جرائم جنائية.

وترتب على هذا القانون أيضاً اقامة برامج للعناية اللاحقة على أساس خدمات الرعاية الاجتماعية، ووفرت الحكومة الاتحادية لأول مرة خدمات استشارية ومساعدات تأهيل المرضى الذين يعالجون خارجياً. وفي سنتي ١٩٦٨ و ١٩٧٠ سمحت نصوص القانون الخاص بالمراكز الاجتماعية للصحة النفسية بتمويل المرافق اللازمة لبرامج علاج مدمني المخدرات. وفي سنة ١٩٧٢، شجع قانون مكافحة وعلاج ادمان المخدرات الاتحادي (القانون العام رقم ٩٢/ ٢٥٥) على قيام هيئة واحدة بكل ولاية تتولى كافة أنشطة مكافحة ادمان المخدرات. وخلال فترة عشر سنوات من ١٩٧٢ ـ ١٩٨١ قامت الحكومة الاتحادية بانشاء

وتقديم الدعم المالي والفني لأكثر من ١٤٠٠ وكالة اجتماعية للعلاج والوقاية من ادمان المخدرات. ومن خلال هذه الشبكة الواسعة من الوكالات الاجتماعية، أمكن تطوير مختلف أنواع الخدمات في مجال علاج الادمان، والمساندة بعقار الميثادون، والخدمات الاستشارية والإرشادية في العديد من المرافق المختلفة التي تقدم العناية للمريض الخارجي أو العناية أثناء النهار فقط أو العناية مع الإقامة الكاملة. وقد أصبحت الولايات مؤخراً مسئولة عن شبكة الخدمات الاجتماعية، وترتب على التشريعات الاتحادية الحالية بشأن علاج الاشخاص المعولين على المسكرات أو المخدرات (القانون العام رقم ٩٧ ـ ٣٥) تقليص جوهري في الدور الاتحادي لتقديم الخدمات، ولكنها اعادت التأكيد على المسئولية الاتحادية في المجالات التي لا تستطيع الولايات أن تنجزها بالشكل الفعال تماماً (كمجالات البحث، وتطوير عقاقير جديدة، والانتشار الوبائي على المستوى الوطني، والوقاية، ونقل التقنية). وبموجب هذا التشريع الجديد، أصبحت الولايات مسئولة عن تحديد احتياجات المجتمع وتقديم الخدمات. وبموجب برنامج المنح الشاملة، سمح للولايات كل على حدة أن تقدم خدمات مشتركة في مجالات علاج ادمان الخمر والمخدرات والصحة النفسية على المستوى الاجتماعي في كل منها.

وفي مجال المسكرات، كان أهم قانون اتحادي معمول به هو القانون الشامل بشأن وقاية وعلاج وتأهيل مدمني المخدرات والمسكرات لسنة ١٩٧٠ (القانون العام رقم ٩١ ـ ٦١٦) وتعديلاته. وقد نص هذا القانون على إنشاء «المعهد القومي لبحوث ادمان المخدرات والكحوليات» وأجاز برامج المساعدات المالية للولايات المتحدة من اجل وضع برامج شاملة لعلاج ادمان المسكرات.

وفي استراليا، تتحمل كل ولاية مسئولية الخدمات الصحية وكذا شئون التعليم الإبتدائي والثانوي، وقوانين اصدار التراخيص المختلفة، وتنفيذ القانون العام. وقد اصدرت بعض الولايات تشريعات تخول المحاكم اصدار الأمر إلى الأشخاص المعولين على الخمر أو المخدرات بالإنضمام إلى برامج علاجية.

وعلى المستوى الاتحادي، ذكر تقرير اللجنة الملكية الاسترالية للتحقيق بشأن العقاقير المخدرة (١٩٨٠)[١٩] أن طبيعة وحجم مشكلة ادمان المخدرات في استراليا تشكلان مبرراً كافياً لضرورة وضع سياسة قومية للحد من ادمان المخدرات على أساس العمل المشترك بالتنسيق بين حكومات الولايات الاسترالية والحكومة الاتحادية. وكذلك أوصى تقرير اللجنة المذكورة بضرورة استمرار النظر في مدى فعالية تنفيذ القوانين، وكفاءة العلاج والتعليم في الحد من إدمان العقاقير المخدرة.

وقد تبنت البرازيل أسلوبًا مركزياً يقوم مبدئياً على برامج تدار على المستوى الاتحادي. فبناء على المرسوم الصادر في سنة ١٩٨٠، تم انشاء النظام الوطني للوقاية ومكافحة والقضاء على المخدرات «الذي يتألف من أربعة هيئات هي: (١) المجلس الاتحادي لمكافحة العقاقير المخدرة، والذي يعتبر جهة التنسيق الرئيسية، (٢) ادارة «المراقبة الصحية» التابعة لوزارة الصحة العامة، و (٣) المجموعة التنفيذية، وتتبع ادارة الشرطة الاتحادية، و (٤) المعهد الوطني للمساعدة الطبية ويتبع ادارة الضمان الاجتماعي.

وحمّل مرسوم ١٩٨٠ «المجلس الاتحادي» مسئولية تحديد السياسة القومية بشأن العقاقير المخدرة، وأناط به مهمة تخطيط وتنسيق والاشراف على الأنشطة المتعلقة بمكافحة تهريب واستعمال المخدرات. ولكي يقوم بمسئولياته على الوجه الأكمل، فقد أصدر المجلس الاتحادي توجيهات هامة بخصوص علاج المعولين على المخدرات بحيث أعطي المزيد من حرية الحركة للأطباء وأفراد الهيئة الصحية العاملين في برامج العلاج، وخاصة فيما يتعلق بتقرير ما إذا كان الاشخاص المعولون على المخدرات بحاجة إلى حجزهم في المستشفى أو رعايتهم كمرضى خارجيين.

٣ ـ ٩ المعاهدات الدولية والقوانين الوطنية

كان للمعاهدات الدولية بشأن مكافحة المخدرات أثر مختلط إلى حد ما، سواء على وضع أو تنفيذ قوانين وطنية تنص على علاج الأشخاص المعولين على العقاقير المخدرة. في الأقطار التي كان بها في السابق قليل من مثل هذه النصوص القانونية، شجعت المعاهدات واستحثت جهودا واسعة لاصدار مثل هذه التشريعات. أما في الاقطار التي وجدت بها من قبل قوانين معمول بها وبرامج مستقرة للعلاج، فكان أثر تلك المعاهدات ضئيلاً بصورة عامة.

وتعتبر المعاهدة الموحّدة بشأن المواد المخدرة لسنة ١٩٦١ وتعديلاتها لسنة ١٩٧١، وكذا معاهدة ١٩٧١ بشأن المواد المنشطة، أهم معاهدتين دوليتين بشأن مكافحة المخدرات ساريتين حالياً. وفي شهر يناير ١٩٨٦ بلغ عدد الأطراف الموقّعين على معاهدة المواد المخدرة لسنة ١٩٦١ مائة وأربعة عشرة قطراً، وعلى معاهدة المواد المنشطة لسنة ١٩٧١ واحداً وثمانين قطراً.

لقد وحّدت معاهدة المواد المخدرة لسنة ١٩٦١ بين كافة الإتفاقيات الدولية التي قامت منذ التوقيع على معاهدة الأفيون الدولية لسنة ١٩١٢، وزادت في تبسيط هذه الاتفاقيات. وقد أصبحت نافذة منذ ديسمبر ١٩٦٤. ووضعت كافة المواد المخدرة تحت السيطرة. وبذلك جرمت المعاهدة انتاج وتصنيع وتجارة واستعمال المواد المخدرة لغير الاغراض الطبية، وقصرت حيازة مثل هذه المواد المخدرة على الأغراض الطبية والعلمية، وعلى الأشخاص الذين يرخص لهم بحيازتها. ومدت النظام التقديري (لمعاهدة ١٩٣١) بحيث شمل كافة العقاقير المخدرة. واشترطت تطبيق نظام شهادات الاستيراد وتراخيص التصدير على تجارة عيدان الخشخاش التي تستخدم كمادة أولية لصنع المورفين. ونصت معاهدة ١٩٦١ كذلك على المكافحة الدولية ـ لكل ما يتعلق بمعاملات الأفيون ـ بمعرفة الوكالات الحكومية، وذلك من خلال عدم الترخيص بانتاج الأفيون الا للمزارعين المرخصين في المناطق والأراضي الزراعية التي تحددها هذه الوكالات.

وتنص المادة ٣٨ (وفقا للتعديل الذي أدخل عليها بموجب بروتوكول سنة ١٩٧٢) على الأحكام التالية بخصوص علاج الاشخاص المعولين على المخدرات :

* «على الأطراف أن تولي عناية خاصة وأن تتّخذ كافة الإجراءات الممكنة لمكافحة ادمان المخدرات، وكذا للتعرف المبكر، وعلاج، وتعليم، وتوفير العناية اللاحقة، والتأهيل، والاندماج في المجتمع للأشخاص المعنيين، وأن تنسّق جهودها لتحقيق هذه الأهداف» .
* «على الأطراف أن تبذل ما في وسعها لرفع كفاءة تدريب العاملين في مجالات العلاج، والعناية اللاحقة، والتأهيل، والإندماج في المجتمع ضمن البرامج المتعلقة بمدمني المخدرات» .
* «على الأطراف أن تتخذ كافة الاجراءات الممكنة لمساعدة الاشخاص الذين يقتضي عملهم الحصول على فهم لمشكلات ادمان المخدرات وطرق مكافحته، وان تعزز ايضا هذا الفهم بين الجمهور العام اذا تبين وجود مخاطر من امكانية انتشار ادمان المخدرات» .

وقد نشر تعليق رسمي على معاهدة ١٩٦١ (والتعديل الذي طرأ عليها بموجب بروتوكول ١٩٧٢) احتوى على مناقشة[٢٠] لأسلوب العلاج حسبما ورد بنص المعاهدة. واعترف بوجه خاص بأن مراحل العلاج الأربعة المنوه عنها بالمادة ٣٨ المعدله (المذكورة أعلاه) لا يمكن الفصل بينها من حيث الوقت أو المضمون. ومن الأمور الهامة في التعليق أن مصطلحات «العلاج» و «العناية اللاحقة» و «التأهيل» و «الاندماج في المجتمع» التي تطبق عادة في مخالف مراحل علاج مدمني العقاقير المخدرة (العلاج بمعناه الواسع) إنما استخدمت لتبين أن الأطراف يجب أن تتخذ «كافة الاجراءات الممكنة» التي قد يتطلبها علاج المدمنين بنجاح ـ بصرف النظر عن أي نظام تنتمي إليه تلك الاجراءات.

وفي شهر أغسطس ١٩٧٦ أصبحت معاهدة المواد المنشطة لسنة ١٩٧١ سارية بعد أن كان التصديق عليها قد بدأ في فبراير ١٩٧١ . وتناول المادة ٢٠ من هذه المعاهدة مسألة العلاج حيث تنص على الآتي:

* على الأطراف أن تتخذ كافة الاجراءات الممكنة لمكافحة ادمان المواد المنشطة، وكذا للتعرف المبكر، وعلاج، وتعليم، وتوفير العناية اللاحقة، والتأهيل، والاندماج في المجتمع للأشخاص المعنيين، وان تنسق جهودها لتحقيق هذه الأهداف».

* «على الأطراف أن تبذل ما في وسعها لرفع كفاءة تدريب العاملين في مجالات العلاج، والعناية اللاحقة، والتأهيل، والإندماج في المجتمع، ضمن البرامج المتعلقة بمدمني المواد المنشطة».

* «على الأطراف أن تساعد الأشخاص الذين يقتضي عملهم الحصول على فهم لمشكلات ادمان المواد المنشطة وطرق مكافحته، وأن تعزز أيضا هذا الفهم بين الجمهور العام إذا تبين وجود مخاطر من إمكانية انتشار ادمان مثل هذه المواد».

وبذلك نلمس أن اللغة التي كتبت بها المادة (٢٠) من معاهدة ١٩٧١ شبيهة جداً باللغة التي صيغت بها المادة (٣٨) من معاهدة ١٩٦١ (المعدّلة) وبخاصة في الفقرتين الأوليين. وينطبق المعنى المقصود «بالاجراءات الممكنة». وفقا للتفسير الذي أوردناه آنفا ـ على المادة (٢٠) كذلك. وقد سبق أن نشر تعليق مفيد[٢١] على خلفيات وتفسير معاهدة ١٩٧١ .

وتحوي المادة (٣٦) من معاهدة ١٩٦١ أحكام القانون الجنائي بما في ذلك التحويل إلى العلاج بالنسبة للأشخاص الذين يرتكبون جرائم يعاقب عليها القانون وفقا لنصوص المعاهدة. وتقرر الفقرات ذات الصلة في المادة المذكورة ما يلي:

أ ــ «على كل طرف ـ مع مراعاة التحديدات الدستورية ـ أن يتخذ الاجراءات التي تكفل اعتبار: زراعة، وانتاج، وتصنيع، واستخلاص، وتحضير، وحيازة، وعرض، والعرض بغرض البيع، وتوزيع، وشراء، وبيع، والتسليم بأي شروط مهما كانت، والسمسرة، والشحن، والشحن العابر (ترانزيت)، ونقل، وإستيراد، وتصدير المخدرات انتهاكاً لهذه المعاهدة، وكذا أي عمل آخر يرى هذا الطرف أنه مخالف لنصوص هذه المعاهدة،

اعتبارها جميعًا جرائم يعاقب عليها عند اقترافها عمداً، وأن تلك الجرائم الخطرة تعرض مرتكبيها للعقاب المناسب، وبخاصة عقوية السجن أو غيرها من عقوبات الحرمان من الحرية».

ب ـ بغض النظر عما ورد في الفقرة السابقة، اذا ارتكب مدمنو المخدرات مثل هذه الجرائم، يجوز للاطراف أن تنص في قوانينها على أن يخضع المدمنون ـ بديلا عن الادانة، أو العقوبة، أو بالاضافة الى الادانة او العقوبة ـ لاجراءات العلاج والتعليم، والعناية اللاحقة، والتأهيل، والاندماج في المجتمع، تمشياً مع الفقرة (١) من المادة (٣٨).

وكذلك تتضمن المادة (٢٢) من معاهدة المواد المنشطة لسنة ١٩٧١ أحكام القانون الجنائي بما فيها مادة فرعية بشأن التحويل إلى العلاج كالآتي:

أ ـ «على كل طرف ـ مع مراعاة التحديدات الدستورية ـ أن يعامل باعتباره جريمة يعاقب عليها عند اقترافه عمداً، كل فعل يخالف قانوناً أو لائحة تنظيمية أصدرها وفقاً لإلتزاماته بموجب هذه المعاهدة، وان يكفل أن تعرّض تلك الجرائم الخطرة مرتكبيها للعقاب المناسب، وبخاصة عقوبة السجن أو غيرها من عقوبات الحرمان من الحرية».

ب ـ «بغض النظر عما ورد في الفقرة السابقة، إذا ارتكب مدمنو المواد المنشّطة مثل هذه الجرائم، يجوز للأطراف أن تنص في قوانينها على أن يخضع المدمنون ـ بديلاً عن الإدانة أو العقوبة، أو بالإضافة إلى الادانة أو العقوبة ـ لاجراءات العلاج والتعليم والعناية اللاحقة، والتأهيل، والإندماج في المجتمع تمشيا مع الفقرة (١) من المادة (٢٠)».

وقد أصدرت مؤسسة بحوث الإدمان في تورنتو مؤخراً تقريراً عن معاهدة ١٩٧١[٢٢]. ويعترف التقرير في واحدة من توصياته الثلاثة عشرة أن اجراءات الرقابة النظامية الوطنية وحدها ليست الرد الكامل على مشكلة ادمان المواد المنشطة، وأن المطلوب أولاً وضع وتطبيق اجراءات اجتماعية بما في ذلك العلاج والتأهيل والتعليم على المستوى الوطني، من أجل تغيير سلوك الأشخاص المعولين

على المخدرات. وقد سبق أن نشرت منظمة الصحة العالمية إرشادات أساسية لتنفيذ معاهدة ١٩٧١ بهدف تسهيل وتشجيع جهود الحكومات الوطنية باتجاه سن تشريعات جديدة وفاء لإلتزاماتها بموجب المعاهدة(٢٣).

ولا توجد معاهدة دولية أخرى مماثلة بشأن الخمر. وقد أعطيت بعض الأهمية لضرورة مراقبة تسويقها عالمياً والعمل على خفض الطلب عليها. كذلك تعاونت كل من منظمة الصحة العالمية (المكتب الإقليمي لأوربا)، ومؤسسة بحوث الادمان في تورنتو، والمؤسسة الفنلندية لدراسات الكحول لنشر تقرير سنة ١٩٧٥ بعنوان «سياسات مكافحة الخمور من وجهة نظر الصحة العامة»(٢٤). وناقش هذا التقرير موضوع الرقابة العالمية على الخمور، وخلص إلى أن وضع سياسة المكافحة السليمة لابد أن يقوم على أساس معرفة كميات وأنواع الخمور التي يستهلكها العالم، والطرق التي يتم إمداد مختلف الأقطار بها. واقترح التقرير أيضاً ايجاد شكل معين من اشكال التدخل الدولي في مجال السياسات وتجميع المعلومات.

٣ - ١٠ التعاون الاقليمي

تم التوصل إلى اتفاقيات تعاونية بين الأقطار في مختلف المناطق الجغرافية للتعامل مع مشكلات ادمان ومكافحة المخدرات والمسكرات. وكان هذا الاتجاه الإقليمي قد برز بصفة أساسية منذ الحرب العالمية الثانية وخاصة في غضون العشرين سنة الماضية.

تختلف أنواع التجمعات الإقليمية اختلافاً واسعا بعضها ذو طابع جغرافي أو اقتصادي مثل «مجموعة بومبيدو بالمجلس الأوربي» وكذا «اتفاقية أمريكا الجنوبية» بينما تجمعات أخرى ليس لها طابع معين مثل «اتفاقية كولومبو». وتختص بعض الاتفاقيات مبدئيا بمكافحة المخدرات، ويركز البعض الآخر على ادمان الخمر والمخدرات معا. . وفي القسم التالي أوردنا بعض نماذج تلك التنظيمات الاقليمية ونشاطاتها.

منذ ١٩٧٣ أمكن للبرنامج الاستشاري حول المخدرات الذي ينفذه «مكتب اتفاقية كولومبو» أن ينظم العديد من الأنشطة بهدف إشعار الحكومات الاعضاء بمدى الحاجة إلى صياغة برامج شاملة لمكافحة المخدرات.

ويشمل اتحاد دول جنوب شرقي آسيا (آسيان) كلاً من: اندونيسيا، وماليزيا، والفلبين، وسنغافورة، وتايلاند. وفي يونيو ١٩٧٦ أعلن وزراء خارجية الاتحاد (آسيان) رسمياً أن كل دولة عضو ستقوم - في نطاق التعاون لمكافحة ادمان العقاقير المخدرة - بادخال التحسينات اللازمة على تشريعاتها الوطنية بهدف تكثيف الحملة ضد ادمان المخدرات وعواقبها. وكذلك تعهدت كل دولة بتبادل المعلومات والخبرات في تسع مجالات، منها العلاج والتأهيل.

وكان الاجتماع السادس لمؤتمر الوزراء المسئولين عن الصحة في مجموعة دول الكاريبي في يوليو ١٩٨٠ قد وافق على قرارين يستهدفان مكافحة ادمان المخدرات والمسكرات من خلال تنسيق الجهود والأنشطة بين دول المجموعة.

وفي ٢٦ مارس ١٩٧٧ وضعت اتفاقية أمريكا الجنوبية بشأن العقاقير المخدرة والمواد المنشطة موضع التنفيذ. وحتى أول يوليو ١٩٨٠ كان قد تم التوقيع عليها من الأرجنتين، وبوليفيا، والبرازيل، والإكوادور، وباراجواي، وبيرو، واوروجواي، وفنزويلا. ووافقت هذه الدول على تدابير معينة لتأمين تبادل المعلومات وتنسيق الأنشطة. كما تدعو الاتفاقية أيضا إلى استحداث الاجراءات اللازمة لتحقيق التعاون الوثيق في مجالات «العلاج والتأهيل واعادة الاندماج في المجتمع لمدمني المخدرات» وتقضي المادة السادسة من الاتفاقية بايجاد التناسق اللازم بين النظم القانونية المتبعة في الدول الموقعة «تمشياً مع البروتوكول الاضافي الأول». ومن أهم النصوص الخاصة بالقانون الجنائي أنه إذا تبين أن الشخص المحكوم عليه «مدمن»، فإنه يتعين على المحكمة «دوما» أن تأمر باخضاعه لدورة العلاج واعادة التعليم، ويجوز لها اضافة لذلك واستناداً إلى ظروف القضية، أن تنظر في رفع العقوبة عنه. ويقابل ذلك أنه يجوز للمحكمة أن تأمر بأن يكون العلاج أثناء أو بعد فترة السجن. وتحدد اتفاقية أمريكا الجنوبية بأن برنامج العلاج الذي ينبغي توفيره للمدمن «يجب أن يتألف مبدئيا من اجراءات مناسبة

لعلاج الإدمان بدون الإخلال بأنواع العلاج الأخرى وأي شيء آخر تستلزمه الحالة من أجل التأهيل» ويقدم العلاج في مراكز المساعدة الطبية لفترة غير محدودة، ولكن يجوز انهاؤه بموجب قرار من المحكمة نتيجة تقرير الخبراء بأن الشخص الذي يخضع للعلاج قد تم تأهيله أو أنه وصل في العلاج إلى «درجة مقبولة». وتقضي اللوائح التنظيمية بأن يضمن الأطراف حجز المدمن في مؤسسة مناسبة «في حالة وجود خطورة منه على نفسه أو على الآخرين». وتقضي الاتفاقية بضرورة معاملة «ادمان المخدرات» واعتياد المسكرات باعتبارها أمراضاً، وأن يتم الابلاغ عنها في سرية تامة إلى السلطات المحلية. ويجوز - بعد اجراء الكشف الطبي - حجز الأشخاص المعولين على المخدرات اجباريا في مؤسسات للعلاج لفترات محدودة أو غير محدودة، ولكن على أن يعالج الاشخاص الذين لم تقام ضدهم دعاوي قضائية باعتبارهم مرضى عاديين وفقا للقوانين السارية في القطر المعني.

ويتضح بكل جلاء مما سبق أنه يمكن للتعاون الاقليمي أن يكون ذا تأثير كبير على القوانين الوطنية.

٣ - ١١ دور الهيئات الوطنية للاستشارات والتنسيق

أظهرت دراستنا هذه وجود اتجاه عام نحو إنشاء هيئات وطنية للاستشارات والتنسيق بشأن التعويل على المخدرات والمسكرات بغرض تقديم المشورة اللازمة للحكومات على المستويين الوطني والمحلي. وتتخذ هذه الهيئات في أغلب الأحوال شكل «لجان بشأن المخدرات أو المسكرات» أو «مجالس بشأن العقاقير المخدرة» أو «لجان وزارية لتنسيق برامج مكافحة المخدرات أو المسكرات».

نشأت في بعض الأحيان لجان خاصة حظيت توصياتها بصفة عامة باهتمام كبير، وكذلك قامت مجالس دائمة على مستوى الحكومة المركزية وتم تكليفها بوضع وصياغة السياسات بالإضافة إلى اعمال التنسيق.

لم يبدأ انشاء تلك الهيئات الا منذ الحرب العالمية الثانية. وكان من بين أوائل اللجان الوطنية والوزارية في مجال ادمان المسكرات:

- اللجنة الاتحادية السويسرية بشأن ادمان المسكرات (١٩٤٥).
- أول لجنة على مستوى الولايات بشأن ادمـان المسكرات في الـولايات المتحـدة الامريكية (ولاية كونكتيكت ـ ١٩٤٧).
- اللجنة الوزارية البولندية لتنسيق الجهود والتخطيط في مجال ادمان المسكـرات ١٩٥٧ التي يرأسها وزير العمل والشئون الاجتماعية.

واستمـر هذا الاتجـاه بعد أواسط الستينـات حتى اتسع ليشمـل المخدرات بعد قيام العديد من الهيئات الوطنية للاستشارات والتنسيق في مجال المخـدرات في سنوات السبعينات. ويشير هذا الاتجاه إلى أن الحكومـات تجد في هيئـات التنسيق خير عون لها للتعامل مع البرامج المختلفة لمكافحة المخدرات والمسكرات. وتكون الهيئـات الوطنيـة بصورة عـامة في أنـواع ثـلاثـة، فهي أمـا (١) استشـاريـة، أو (٢) تنسيقيـة، أو (٣) تنفيذيـة. وللنوعـين الأولـين أهميـة خـاصـة بسبب وجـود الارتباط الوثيق بين وضع السياسات، وتخطيط البرامـج، واصدار القـوانين. إلا أن هنــاك بعض الأقـطار التي لم تنشـأ فيهــا أي هيئــات للتنسيق حيث فضلت الاستشارات غير الرسمية فيما بين الوزارات المختلفة.

وتشير التجربة إلى أن الأسلوب الشامـل وتكليف وكالات وهيئـات نوعيـة بتنسيق سياسات وبرامج العلاج بصفة خاصة يمكن أن يكون أمراً شـديد الفـائدة والفاعلية. وتعتمد فاعليتها على: (١) الإعـتراف بها عـلى أعلى مستـوى حكومي (انشـاء لجنة رئـاسية)، (٢) تـأييد سيـاسي قوي، (٣) التمـويل الكـافي لقيامهـا بمهمتهـا، (٤) عضويـة اللجنة عـلى أعلى مستـوى وبحيث تضم أعضاء مشهـود باحترامهم، (٥) الوعي والتأييد من جانب الجماهير، (٦) رؤية وأولوية عامـة على أرفع المستويات في الحكومة.

وقد تختلف اهداف مثل هذه الهيئات ولكنها قـد تشمل الآتي بـوجه عـام: تنظيم استعمال العقـاقير المخـدرة، وضع الخـطوط الأساسيـة لعلاج الاشخـاص المعـولين عـلى المسكرات والمخـدرات، وتنفيذ المعـاهدات الـدولية في شـأن هذه المـوضوعـات. ويتحقق الهدف الأخـير عن طريق سن تشريعـات عـلى المستـوى الوطني تتناسب مع متطلبات أو توصيات تلك المعاهدات.

في باكستان، انشيء «مجلس مكافحة المخدرات» سنة ١٩٧٣ حيث يتبع وزارة الداخلية وله صلاحيات القيام بكل مهام مكافحة ادمان المخدرات في القطر ويشارك في المجلس أعضاء من كل من الوزارات الاتحادية والاقليمية المسئولين عن الداخلية، والصحة، والشئون الاجتماعية، والمالية، والمجلس المركزي للايرادات والضرائب، وسلطات الجمارك، والشرطة. وبناء على قانون انشاء المجلس لسنة ١٩٧٣، انشئت ايضا اللجنة الوطنية للتنسيق الصحي التي تضم في عضويتها عددا كبيرا من المنسقين الصحيين على المستويين الاتحادي والاقليمي لتقديم المشورة إلى المجلس في «الأمور الفنية والمؤسسية المتعلقة بعلاج وتأهيل الأشخاص المعولين على المخدرات». وتعتبر الشئون الصحية من مسئولية سلطات الأقاليم الباكستانية. وقد ذكر لنا أن سياسات الحكومة الإتحادية بشأن علاج مدمني المخدرات «لازالت في مرحلة الصياغة»، إلا أن النص الوحيد الذي يحكم علاجهم الآن موجود في قانون ١٩٧٣.

وكذلك أقامت أقطار اخرى عدداً من اللجان القانونية. وجدنا في بورما مثلا قانوناً تشريعياً يقضي بانشاء «لجنة خاصة» من أجل المكافحة الشاملة بواسطة كل الأمة نظرا لخطورة العقاقير المخدرة وما تمثله كاحدى الاهتمامات الوطنية» وفي الولايات المتحدة الأمريكية، كانت المهمة التي أنيطت بها لجنة الوكالات الأمريكية بشأن الأنشطة الاتحادية حول ادمان المسكرات (التي انشئت سنة ١٩٦٧ والغيت سنة ١٩٨٣) هي تنسيق الجهود على المستوى الاتحادي في مجالات مكافحة الكحوليات وادمان المسكرات. كذلك نشأت في آسيا كثير من التنظيمات المؤسسية قامت بالفعل بوضع سياسات شاملة وتنفيذ برامج فعالة. وتشمل هذه التنظيمات: مجلس العقاقير الخطرة في الفلبين، ومكتب مجلس مكافحة المخدرات في تايلاند، ومكتب لجنة المخدرات في هونج كونج، واللجنة الوطنية في ماليزيا. وخصصت لهذه الهيئات المختلفة موارد مالية وبشرية كافية بحيث تمنع أي تدخل في مهمتها.

وقد نشأت بعض اللجان الوطنية في الغالب استجابة لتوقيع القطر على احدى المعاهدات الدولية. وفي تلك الحالات، قامت هيئات وزارية ضمت عدة

وزارات تحت اشراف وزارة الصحة العامة وتتركز اعمالها مبدئياً في مكافحة تهريب المخدرات غير المشروع . وحتى تتجنب التضارب بين اختصاصات الوزارات المختلفة نظراً لتعدد وجوه مشكلة المخدرات والمسكرات ، فقد وضعت بعض تلك الهيئات تحت السلطة المباشرة لرئيس الحكومة الاتحادية .

ومن الواضح أن وزارة الصحة تعتبر بصفة عامة نقطة مركزية لإنشاء وتنفيذ برامج العلاج الخاصة بالتعويل على المخدرات والمسكرات، غير أن هذه المسئولية قد تقع أيضا على وزارة الشئون الاجتماعية أو على كلا وزارتي الصحة والشئون الاجتماعية معاً. في فنزويلا مثلا، نجد وزارة الصحة ووزارة الشئون الاجتماعية مسئولتان عن تنظيم العمل في المصحات العلاجية من أجل اعادة الاندماج في المجتمع للمرضى النفسيين بما فيهم مدمني المخدرات المزمنين وغيرهم من البالغين المعولين على المخدرات. وفي فنلندا، تقع مسئولية علاج الاشخاص الذين يتعاطون الكحوليات بصورة غير مناسبة على عاتق وزارة الشؤون الاجتماعية .

وقد انشأت بعض الأقطار لجاناً خاصة حددت لها اهدافا ومهام متنوعة . في فرنسا مثلا أنشئت اللجنة العليا التي أنيطت بها مسئولية وضع وتنظيم سياسة الحكومة بشأن مكافحة ادمان الخمر ، وتنسيق أعمال كافة الوزارات في هذا المجال. هنا نتبين من المسئولية عن تنسيق الأنشطة فيما بين الوزارات المختلفة فارقاً يميز هذه اللجنة عن غيرها من جهات التنسيق الأخرى التي تتركز أهدافها في تبادل الخبرة، وضمان التعاون من أجل تجنب التداخل في الاختصاصات، وتخطيط أنشطة تعاونية.

ويوضح الجدول (١١) قائمة بجهات الاستشارة والتنسيق التي انشئت خلال العشرين سنة الماضية والتي كانت لاتزال قائمة في وقت نشر هذه الدراسة. وحيثما كان ممكناً، فقد أضفنا وصفاً موجزاً لمسؤوليات كل من هذه الجهات كما ادرجنا بعض الهيئات المحلية أيضاً في حالة الأقطار التي تحكمها نظم اتحادية .

جدول رقم (١١)
الهيئات الإستشارية والتنسيقية

القطر / القانون	اسم الجهة واختصاصاتها
* الجزائر	اللجنة الوطنية حول المخدرات .
* الأرجنتين	اللجنة الوطنية حول العقاقير والمخدرات (كوناتون) CONATON . اللجنة الاستشارية الفنية حول ادمان المسكرات (كوتيساى) COTISAI .
* استراليا (غرب استراليا)	هيئة المسكرات والمخدرات لغرب استراليا (١٩٧٥) : لتقييم الحالة وتقديم العلاج ، والإشراف . والعناية اللاحقة وتأهيل المدمنين . وتقدم توصيات حول القوانين إلى الوزير المختص والمدعي العام .
(نيوساوث ويلز)	هيئة المسكرات والمخدرات (١٩٨١) : لوضع البرامج واجراء الدراسات الشاملة وتقديم المشورة إلى الوزير .
* بوليفيا	المجلس الوطني حول المخدرات . الادارة الوطنية لمكافحة المواد الخطرة .
* بورما	اللجنة المركزية للوقاية من المخاطر الناتجة عن المخدرات . لجنة مكافحة المخدرات (١٩٧٦) : هيئة لوضع السياسة العامة والتنسيق في مجال المكافحة وتنفيذ القانون والعلاج والتأهيل واستبدال المحاصيل الزراعية .

يتبع

تابع جدول رقم (١١)

القطر / القانون	اسم الجهة واختصاصاتها
* كندا (البرتا)	لجنة ادمان الكحوليات والمخدرات (١٩٧٢) تدير مستشفيات للتشخيص والعلاج، وتقديم المشورة، والتأهيل.
(كولومبيا البريطانية)	لجنة ادمان الكحوليات والمخدرات (١٩٧٥) تدير برامج للبحث، والتشخيص والعلاج، وتقدم معونات مالية للتنظيمات الأخرى، وترفع تقارير سنوية بخصوص مدى التقدم والنفقات.
(نيوبرانزويك)	اللجنة المؤقتة حول ادمان الكحوليات (١٩٧٤).
(كويبك)	مكتب مكافحة وعلاج ادمان الكحوليات والمسكرات الأخرى (١٩٧١) يقوم بأعمال البحث والتثقيف والدعاية والعلاج إلى جانب مجلس استشاري مسئول عن تقديم التوصيات.
* شيلي	اللجنة الوطنية لمكافحة ادمان الكحوليات ومشكلات الخمر.
* كولومبيا	المجلس الوطني حول المخدرات (١٩٧٨) لوضع الخطط والسياسات والبرامج لتقديمها إلى الحكومة للموافقة عليها. وتنسيق البرامج بعد الموافقة، واقامة اتصال مستمر مع الحكومات الاجنبية، والوكالات الدولية في هذا المجال.
* الدانمرك	اللجنة الحكومية الدانمركية حول المسكرات والعقاقير المخدرة.

يتبع

تابع جدول رقم (١١)

القطر / القانون	اسم الجهة واختصاصاتها
* فرنسا	اللجنة العليا للدراسة والاعلام حول المسكرات. اللجنة الوزارية لمكافحة ادمان المسكرات.
* هاييتي	اللجنة الاجتماعية الطبية التابعة لوزارة الصحة.
* هونج كونج	لجنة العمل ضد المخدرات، ومكتب المفوّض العام لمكافحة المخدرات: لوضع السياسات والتنسيق والمكافحة والاعلام العام، واقامة اتصال دولي.
* المجر	اللجنة الوطنية المجرية حول ادمان المسكرات.
* ايسلندا	مجلس الدولة حول ادمان المسكرات.
* أندونيسيا	اللجنة الرئاسية لتنفيذ المرسوم الرئاسي رقم ٦ لسنة ١٩٧١؛ إقامة اتصال دولي في هذا المجال.
* مدغشقر	المكتب المركزي لمكافحة المخدرات (١٩٧٤): صياغة البنود القانونية اللازمة للتعامل مع أمور مكافحة المخدرات.
* ماليزيا	اللجنة الوزارية حول المخدرات: هيئة لوضع السياسات والتنسيق يتبعها مركز بحوث ادمان المخدرات.
* المكسيك	المجلس الوطني لمكافحة المخدرات: هيئة وزارية، استشارية، للتقييم والتنسيق.

يتبع

تابع جدول رقم (١١)

القطر / القانون	اسم الجهة واختصاصاتها
* نيبال	ادارة مكافحة المخدرات (١٩٧٦): للتنسيق بمساعدة سلطات الجمارك، والادارات المعنية بتنفيذ القوانين، وسلطات الهجرة، والخدمات الصحية والاجتماعية.
* نيوزيلندا	المجلس الاستشاري حول المشروبات الكحولية: يرعى ويدعم ويشجع البحث، ويرفع توصياته الى وزير العدل فيما يتصل بأمور المكافحة والتنظيم.
* النرويج	المجلس المركزي حول مشكلات المخدرات.
* باكستان	مجلس مكافحة المخدرات: التنسيق ووضع السياسات وتنفيذ القانون واقامة اتصال دولي في هذا الشأن.
* الفلبين	مجلس العقاقير الخطرة (١٩٧٢) هيئة للتنسيق ووضع السياسات تشتمل اختصاصاتها على العلاج والتأهيل وتعليم المدمنين، وكذا تنفيذ المعاهدات الدولية.
* سنغافورة	المكتب المركزي للمخدرات: لتنسيق جهود السياسات المقررة، والعلاج واقامة اتصال دولي.
* اسبانيا	اللجنة الوزارية لدراسة المشكلات الناجمة عن تعاطي المخدرات ادارة مكافحة المخدرات (١٩٦٨): ترفع تقاريرها إلى الإدارة العامة للشئون الصحية بخصوص علاج وتأهيل ومراقبة «مدمني المخدرات».

يتبع

تابع جدول رقم (١١)

القطر / القانون	اسم الجهة واختصاصاتها
* سري لانكا	المجلس الاستشاري حول المخدرات.
* السودان	المجلس الوطني لمكافحة المخدرات.
* السويد	لجنة شئون المسكرات: لوضع اجراءات وسياسات مكافحة ادمان الخمر.
* سويسرا	اللجنة الاتحادية حول المشكلات المرتبطة بالمسكرات.
* تايلاند	مجلس مكافحة المخدرات: هيئة لوضع السياسات والتنسيق يضم أقساما لتنفيذ القانون والعلاج والتأهيل والتخطيط واستبدال المحاصيل الزراعية وكذا اقامة اتصال دولي في هذا المجال.
* توجو	اللجنة الوطنية حول المخدرات والمواد المنشطة.
* ترينداد وتوباجو	المجلس الوطني حول ادمان المسكرات (١٩٧٧): نشر التوعية الجماهيرية بشأن مشكلات إدمان المسكرات.
* الاتحاد السوفيتي	لجنة مكافحة المسكرات التابعة لوزارة الصحة السوفيتية.
* المملكة المتحدة	المؤتمر الدائم حول إدمان المخدرات: ويمثّل الوكالات الطوعية المختصة بتأهيل مدمني المخدرات.

يتبع

تابع جدول رقم (١١)

القطر / القانون	اسم الجمعية واختصاصها
* الولايات المتحدة الأمريكية	مكتب سياسات مكافحة ادمان المخدرات (١٩٧٧) يرفع توصيات إلى الرئيس بخصوص السياسات والاهداف والأولويات. المجلس القومي الاستشاري حول ادمان الكحوليات والمسكرات (١٩٧٠). يقدّم النصح والمشورة، ويرفع توصيات الى وزير الدولة للشئون الصحية والخدمات الإنسانية. المجلس القومي الاستشاري حول ادمان المخدرات (١٩٧٢).
* يوغوسلافيا	اللجنة الوطنية للمخدرات والمواد المنشطة.

* * *

الفصل الرابع

المباديء الأساسية للتشريع بشأن التعويل على المخدرات والمسكرات

٤ ـ ١ تمهيد:

رغبة في ضمان أكبر قيمة عملية ممكنة لهذه المراجعة العالمية، فقد أوجـزنا في هذا الفصل بعض المباديء الأساسية التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند ادخال تحسينات على القانون بشأن التعويل على المخدرات والمسكرات. وقد استنبطت هذه المباديء من المعلومات التي تم جمعها، ومن البحث في الانتاج الفكري المنشور في هذا المجال، ومن المناقشات والمراسلات التي تمت مع عدد كبير من المختصين. وهي تعكس كذلك آراء المجموعة الاستشارية التي ينتمي أعضاؤها إلى مجالات القانون والطب وادارة الصحة العامة، والتي اجتمعت في بوسطن في سبتمبر ١٩٨٢ للنظر في التقرير التمهيدي. وقد أوضحنا عددا من الاساليب البديلة حتى نتيح للقائمين على برامج المخدرات والمسكرات، والمشرعين وغيرهم من المهتمين بتنقيح ومراجعة القانون، فرصة تطبيق المباديء بالطريقة التي تفي باحتياجات اقطارهم والتي تتوافق مع مواردهم المتاحة.

ونؤكد على أن الحقائق الموثوقة حول طبيعة ومدى مشكلات الخمر والمخدرات غير متوفرة في العديد من الأقطار النامية. ويعتمد منطق المكافحة القانونية على الرؤية الوطنية للمشكلة على ضوء كثير من المشكلات الاجتماعية

الاقتصادية الملحّة الأخرى؛ وتعتبر البيئة السياسية الوطنية، والقيم الاجتماعية والثقافية عوامل هامة في تشكيل وإعادة تشكيل صيغة القانون، وفي تنفيذ وتأثير التدخل القانوني .

ويجب التركيز على أن يكون تخطيط برامج العلاج بحيث تلبيّ الاحتياجات الخاصة لكل قطر. وإذا لم يتم اصدار وتفسير التشريعات التي تقضي باقامة هذه البرامج وفقا لخطط البرامج الفعلية في القطر؛ فإنه لابد أن يترتب على ذلك انقطاع الخدمات وخلق مصاعب جمة في طريق تنفيذ البرامج . ونأمل أن تثبت تلك المباديء القانونية والأساليب البديلة التي نقدمها هنا فائدتها في العديد من مجالات تخطيط وادارة برامج علاج التعويل على المخدرات والمسكرات، وفي برامج الصحة النفسية بوجه عام في كل من الأقطار النامية والمتقدمّة . ومن الضروري أن نتقصى بصورة كاملة ملاءمة التشريعات وممارسات العلاج الفعلية في الأقطار الأخرى لكي نقرر كيف يمكن استعمال تلك الأساليب في ادخال التحسينات اللازمة على القوانين والعلاج في القطر المعني.

٤ ـ ٢ البنية القانونية الأساسية:

استعرضنا في الفصل الأول تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة ١٩٧٧ بشأن التوفيق بين الأهداف في قانون الصحة النفسية[٣]. وفي القسم الخاص «بالخطوط الأساسية في مجال الصحة النفسية» بهذا التقرير، لوحظ أن المراجعة الانتقادية للبرنامج التشريعي حول الصحة النفسية في قطر معين، تتم بضورة أفضل إذا امكن أن تقيم أولا نموذجا لما يجب أن يحتويه النظام القانوني الكامل حتى يعمل على أكمل وجه. ونظراً للعلاقة الوثيقة بين التقرير المذكور وبين هذه الدراسة، فقد استخدمنا أسلوباً مماثلاً، وعليه فسوف نفترض نفس البناء القانوني الأساسي كالآتي:

١ ـ السياسات: وضع سياسات وأهداف عامة واسعة في برنامج علاج التعويل على المخدرات والكحول.

٢ ـ السلطة :تعيين السلطة المناسبة لتخطيط وتنفيذ السياسة العامة وادارة برامج علاج التعويل على المخدرات والكحول (مع غيرها من البرامج الصحية الأخرى ذات الطبيعة العامة).

٣ ـ الميزانية :تحديد السياسة المالية وتوفير الدعم المالي المستمر لبرامج علاج التعويل على المخدرات و الكحول التي تنفذها الأجهزة العامة.

٤ ـ العمليات: توفير البنية المناسبة، وتفاصيل عمليات التشغيل لبرامج العلاج الخاصة بالتعويل على المخدرات والكحول حتى يستطيع القائمون عليها اتباعها وتنفيذها.

٥ ـ البحث والتدريب والتعليم: توفير التخطيط المركزي (والتمويل وفقاً لما سبق تقريره) بشأن اعمال البحث المتعلقة بعلاج التعويل على المخدرات والمسكرات، والتدريب وتعليم الأفراد العاملين المؤهلين.

٦ ـ الوصول إلى الخدمات: توفير أمكانية الدخول في برامج علاج التعويل على المخدرات والخمر، وكذا الوصول إلى الخدمات بشكل منصف وبدون تفرقة.

٧ ـ حماية الأفراد: توفير الحماية بموجب القانون وعن طريق المؤسسات القضائية والمحاكم لحقوق ومصالح وممتلكات وكرامة الاشخاص، وخاصة أولئك الذين يخضعون لمتطلبات التبليغ الاجباري، والتسجيل، واجراء الإختبارات، والمراقبة، والحجز للعلاج.

٨ ـ المستويات الأدنى للعمالة والموارد: وضع سياسة تحدد المستويات الأدنى (بأي تفاصيل يرى أنها ضرورية أو مطلوبة) بخصوص القوى العاملة والموارد التي تحتاجها برامج العلاج بما في ذلك تنظيم الكفاءة المهنية وكفاية مرافق العلاج.

٩ ـ تنظيم أساليب العلاج: وضع سياسة لتنظيم الأساليب والاجراءات المستعملة في برنامج العلاج بما في ذلك التعريف القانوني الواضح للأشخاص المؤهلين للعلاج والأسباب الداعية إليه واجراءات خروجهم منه الخ.

١٠ ــ المسئولية والتقييم: وضع نظام كامل ومستمر للمساءلة والتقييم في برنامج العلاج.

١١ ــ تفويض الصلاحيات التنظيمية: تفويض الصلاحيات ـ في الحدود القانونية ـ من السلطة التشريعية إلى الوكالات والجهات الحكومية (مثل سلطات الصحة العامة) لكي تصدر اللوائح الإدارية والمراسيم والأدوات القانونية الاخرى اللازمة لدعم تنفيذ السياسة القانونية، ومن أجل تطبيق التفاصيل الفنية للبرنامج، وتعديل مضمون البرنامج وفقا لأي تغيير في الظروف في هذا المجال.

١٢ ــ تعريف المصطلحات: التعريف الدقيق للمصطلحات الهامة المستخدمة في القوانين.

يتناول البندان الأول والثاني وضع السياسات والأهداف في برنامج علاج الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات، وعلى تعيين السلطة التي ستقوم بتنفيذ البرامج. وقد كان من نتائج البحث الذي قمنا به، أن إحدى المشكلات الرئيسية فيما يتعلق «بالتعويل على المخدرات» هي صعوبة التوفيق بين اهداف الجهات التي تنفذ القانون واهداف برامج العلاج. وهذا التضارب غير ملحوظ فيما يتصل بالتعويل على الخمر والمسكرات، وبخاصة في الأقطار التي تبنت سياسة عدم تحريم السكر في الأماكن العامة.

وقد أضاف تأثير «المعاهدات الدولية بشأن العقاقير المخدرة والمواد المنشطة» ومتطلبات تنفيذ الأحكام الواردة بها، بُعدًا جديداً إلى تنسيق السياسة الوطنية حول المخدرات.

سبق أن قدمنا أمثلة لأهداف مناسبة قصيرة الأمد وطويلة الأمد لعلاج ادمان المخدرات وفقا لما حددته منظمة الصحة العامة في تقريرها حول مشكلات المخدرات في البيئة الاجتماعية الثقافية(٦). ويستحق الهدفان طويلا الأمد منا بعض الاهتمام حيث يتعلق الأول بتخفيض معدلات حدوث وانتشار التعويل على المخدرات، والثاني بايجاد الآليات المناسبة لتخطيط وتقويم وتعديل أنشطة البرنامج وفقا للإحتياجات المتغيرة وتبعا للتقويم المستمر للبرنامج.

وقد يكون من الواقعي أن يقتصر عدد الاهداف في قطر معين في وقت من الأوقات على تلك الاهداف التي تعكس الاحتياجات الملحة والفورية والحرجة. ويجب أن نولي عناية فائقة بتحديد نوعية وكمية الأهداف التي يمكن تحقيقها، والتي تعتبر واقعية من وجهة نظر صناع السياسة والجمهور على السواء.

ويُعتبر البندان ٣ و ٤ (الميزانية والعمليات) أموراً أساسية لتنفيذ البرنامج. ورغم النوايا الواضحة والمقاصد المستنيرة في السياسات، إلا أن الاعتبارات المالية والتشغيلية تكون في الغالب عوامل حاسمة في مراحل اتخاذ القرار والتنفيذ.

ويمثل البند ٥ عاملاً رئيسياً في نجاح برنامج العلاج على المدى الطويل، إذ يجب أن نربط بين تخطيط البرنامج وبين تدعيم البحث، وتنمية القوى العاملة. ومن بين المشكلات الهامة التي كشفت عنها هذه الدراسة أنه غالباً ما يكون من الصعب تدريب وتعيين المهنيين الأكفاء في الأماكن التي تحتاجهم أكثر مثل بعض المناطق الريفية في الأقطار التي تزرع بها المخدرات المحظورة وترتفع معدلات استعمالها، أو في مناطق التجمعات السكانية في ضواحي المدن حيث تزداد الحاجة إلى الخدمات؛ وسوف نجد هنا أن الحوافز لجذب الأفراد العاملين المطلوبين ضئيلة للغاية.

وغنيّ عن البيان أن نزيد في ايضاح أهمية البحث والتدريب في مجالات التعويل على الخمر والمخدرات. فالبحث عنصر لا غنى عنه في تقييم برامج علاج التعويل على الخمر والمخدرات، ولابد من توفير الأموال الكافية لتدعيم كل من البحث الأساسي والتطبيقي. وفي كثير من الاحيان نجد أن طلبات تمويل البحث والتدريب لا تحظى بالأولوية اللازمة، وفي الأوقات التي تشهد مصاعب مالية، تكون تلك البرامج في الغالب أول ما يلغي. وعليه يجب اعتبار ادخالها ضمن الاهداف المطلوبة حالة تستدعي عناية فائقة.

ولقد أكدت منظمة الصحة العالمية في العديد من منشوراتها على الحاجة الماسة إلى برامج لبحوث المخدرات والمسكرات. هكذا نجد أن تقرير المنظمة ومشكلات المخدرات في البيئة الاجتماعية الثقافية «اعتبر التقييم والبحث من أهم

سمات صياغة برنامج مكافحة المخدرات. وقد جرت مراجعة هامة سنة ١٩٧٩[٢٥] للعلاقة القوية بين البحث والتقييم ووضع السياسات فيما يتعلق بالتعويل على الكحول والمسكرات. ويمكن للمنظمات التي ترعاها الحكومات مثل: مؤسسة بحوث الادمان في تورنتو، أن تلعب دوراً متزايد الأهمية لإثارة اهتمام الحكومات والجهات التشريعية بالحاجة إلى برامج لبحوث المخدرات والمسكرات، وإلى نشر نتائج البحوث على أوسع نطاق.

ويحتاج التعليم الطبي حول التعويل على الخمر والمخدرات إلى ادخال تحسينات واسعة عليه لأسباب عديدة منها أن الاطباء وافراد المهن الطبية الآخرين يترددون في البحث عن عمل لهم في مجالات البحث وتقديم الخدمات لشعورهم بأنهم لم يتلقوا تدبياً مناسباً لذلك. وعليه لابد من تشجيع التدريب الرسمي في كليات الطب وفي البرامج المستمرة بعد ذلك. ويمكن للجهات التشريعية أن تعزز الاهتمام عن طريق توفير القيادات والأموال المطلوبة.

وعند تطوير برامج العلاج، لابد أن تؤخذ في الحسبان تلك الخدمات الصحية والاجتماعية القائمة. والارجح أن تخفض برامج علاج التعويل على المسكرت والمخدرات التي تنشأ ضمن خدمات الصحة العامة إذا لم يتم تدريب الأطباء والمساعدين الآخرين على اكتشاف وعلاج التعويل على الخمر والمخدرات في مرضاهم. وقد اقيم في ١٩٧١ برنامج نموذجي عام للتعليم في هذا المجال تحت اشراف «المعهد القومي لادمان الخمر والمسكرات» في الولايات المتحدة الأمريكية اطلق عليه اسم «برنامج التعليم المهني الاتحادي حول ادمان الكحول والمخدرات». وقد استهدف تدعيم تعليم وتوعية الأطباء بخصوص النواحي الطبية في سوء استعمال هذه المواد ولتأمين الحصول على العلاج الأمثل.

ويختص البند (٦) بالوصول إلى خدمات العلاج حيث يجب التركيز علي:

أ ـ نوع وجودة الخدمات المقدمة.

ب ـ النصوص القانونية الأساسية والممارسات الاجرائية لدخول المرضى في نظام العلاج.

ويتناول البند (٧) بعض الضوابط الأساسية اللازمة لحماية حقوق الأفراد الذين يتلقون علاجاً اجبارياً. ويجب اتخاذ الاجراءات المناسبة لحماية تلك الحقوق أثناء فترة العلاج أو الحجز الاجباري.

وينص البندان (٨) و (٩) على المستويات واللوائح التنظيمية للقوى العاملة و الموارد والأساليب، وهي من أهم عناصر البناء التنظيمي بشأن علاج التعويل على المخدرات والمسكرات. وتقع على كاهل كل من الجهات الحكومية والمنظمات الخاصة مسئولية وضع وتحديد تلك المستويات.

ويركز البند (١٠) على المساءلة والتقييم التي تعتبر من الأمور الحرجة لتقدير فاعلية البرنامج. وقد وجدنا نقصاً شديداً في معايير التقييم المناسبة في القوانين التي شملتها الدراسة ونعتبر ذلك عيباً خطيراً. إذا أردنا مراجعة وتنقيح القوانين بصورة مسئولة، فلابد أن تتضمن نظماً مناسبة للمساءلة والتقييم إما أن ينص عليها في القانون الأساسي أو اللوائح المنفذة له.

ويجب تحديد المسئولية العامة الرسمية عن سياسات وبرامج العلاج على مختلف مستويات تطوير وتنفيذ تلك السياسات. ويعتبر استمرار المسئولية عن تنفيذ العلاج عنصراً أساسياً في التخطيط والتقويم الشاملين. ويجب بناء آلية المسئولية أثناء مراحل التخطيط لتطوير البرنامج في الوقت الذي تتخذ فيه قرارات تشريعية ويتم فيه الموافقة على القوانين.

وقد بين تقرير منظمة الصحة العالمية «بشأن مشكلات المخدرات في البيئة الاجتماعية الثقافية» الارشادات الاساسية المفيدة التالية لوضع اهداف قصيرة وطويلة الأمد للبرامج الوطنية في مجال التعويل على المخدرات.

الطريقة المثالية هي أن تبدأ البرامج بالمكافحة المبدئية، ولكن، كما هي الحال في العديد من الأقطار التي يعتبر فيها التعويل على المخدرات، مشكلة بالفعل، يجب أن يبدأ التدخل من نقطة العلاج والتأهيل. ولهذا الغرض، يجب أن توضع أهداف قصيرة المدى مع اقامة المرافق المناسبة لتحقيق هذه الأهداف ضمن نظام الرعاية الصحية . ويجب تحديد الأهداف بكل وضوح وإن تكون قابلة

للتحقيق بما يتوفر من موارد، وقابلة للقياس حتى يمكن تقييم مدى التقدم نحو تحقيقها. ومن الاهداف قصيرة الامد الشائعة ما يلي:

- ايجاد صلة مباشرة بين الأشخاص المعّولين على المخدرات والذين يستعملونها تجريبياً وبين المرافق والمؤسسات العلاجية .
- اقناع الأشخاص المعّولين على المخدرات بقبول العلاج.
- تقليص المضاعفات الطبية والنفسية لسوء استعمال المخدرات.
- تحسين العمل الاجتماعي في اداء الاشخاص المعّولين على المخدرات.
- خفض السلوك الاجرامي أو غير القانوني المرتبط بإدمان المخدرات .
- إنشاء خدمات العناية اللاحقة لمنع الانتكاسات.
- تخفيض معدلات تهريب المخدرات غير المشروع عن طريق تخفيض الطلب عليها.

وهناك أيضا هدفان طويلاً الأمد هما :

- تقليص حدوث وانتشار التعويل على المخدرات.
- ايجاد آليات لتخطيط وتقديم وتعديل انشطة البرنامج وفقا للاحتياجات المتغيرة وتبعا لتقويم البرنامج بصورة مستمرة .

وقد ركز هذا النص على تحديد اهداف يمكن تحقيقها بصورة واقعية، إذ أن التقييم لن يكون له معنى، مالم تكن الأهداف قابلة للقياس. ومما لاشك فيه أن قابلية القياس التي نحتاجها للتقييم ولأغراض اخرى غالباً ما يتم تجاهلها أو تجنبها في وقت تخطيط البرنامج واصدار القوانين. لهذا السبب ولغيره من الأسباب الأخرى، فإن السياسة السليمة لبرامج العلاج تقتضي قيام علاقات عمل فعالة بين القائمين على البرامج وبين الهيئات التشريعية نظراً لأنها تفتح قنوات للإتصال وتسفر عن زيادة التفاهم والتعاون بين الجانبين.

ويتناول البند (١١) الخاص بتفويض الصلاحيات التنظيمية من الهيئة التشريعية (على المستويين الوطني والمحلي) إلى الوزارات أو الادارات التنفيذية، وهذه احدى أهم سمات البناء القانوني الفعال. وفي هذا الصدد يجب تحديد مثل

هـذا التفويض بشكـل واضح تمـاماً وكـذا القواعـد التي يمكن بمقتضاهـا مـراقبـة العمليات المختلفة من قبل الجهات الادارية المنوه عنها. وغالباً ما يلزم تجسيد هذه القواعد في بنود قانونية محددة تختص باقامة برامج معينـة بدلاً من صيـاغتها ضمن قوانين عريضة تتعلق بانشاء وزارة أو ادارة تنفيذية.

وهنـاك مزايـا عديـدة واضحـة لاستعـمال اللوائح التنـظيميـة أو الادوات القانونية المماثلة كالتعاميم أو الاشعارات. ففي بعض الأقطار قد يستغرق اصـدار القوانين أعواماً طويلة، وعلى العكس، يمكن اقرار اللوائح واصدارها بـأقل قـدر من التـأخير. ومن الـطبيعي أنه يجب أن تكـون تلك اللوائح متمشيـة تمـامـاً مـع القانون الذي صدرت بموجبه.

٤ ـ ٣ العمل مع الجهات التشريعية

يجري الاتصال بين الهيئة العلاجية والجهـات التشريعية بعـدة طرق، لكنه يتم عـادة استجابـة للمبادرات التي يتخـذها رجـال القانـون لتطويـر التشريعات السارية. في كثير مـن الأقطار المتقدمة، يترافق مع العملية التشريعية انشـاء لجان للصحة العامة، أو لجان فرعية حول ادمان المخدرات ضمن الجهة التشريعة ذاتها على المستويين الوطني والمحلي. وفي معظم الاحيان، تتولى تلك اللجـان الفرعيـة تنظيم جلسات استماع جماهيرية بهـدف الحصول عـلى آراء الخبراء وعـامة النـاس حول قانون مقترح. ويقدم هذا المنبر الحر فرصة ثمينة لعرض آراء بنـاءة في وقت منـاسب، والمشاركـة في وضع القـوانـين. وكثـيراً مـا تتضمـن الشهـادة التي يتم الادلاء بها أمام تلك اللجان التشريعية عرض تقارير رسمية مقـدمة من الجهـات الحكومية الموكلة بتنفيذ القانون. وبذلك تتاح الفرصة لكل من الجمهور والجهات التشريعية لتقييم فاعلية البرامـج، وإجراء التغيـير اللازم حيثـما تطلبت بـرامج العلاج تركيـزاً أو اتجاهـا مختلفاً. وتـوفر جلسات الاستماع التي تعقـدها الجهـات التشريعيـة فرصـاً لاقتراح التغيـيرات المطلوبـة ايضا. مثـال على ذلـك، أن لجنـة الاختيار بشأن ادمان ومكافحة المخدرات التابعة للكونجرس الأمريكي نظمت في سنة ١٩٨١ جلسات استماع حول الآتي:

* العمل الاجتماعي لمكافحة ادمان المخدرات.
* الممارسات العقابية والبدائل في قضايا المخدرات.
* تأثير خفض الميزانية الاتحادية على تنفيذ قانون المخدرات المحلي.
* كفالة الافراج المؤقت عن المجرمين في قضايا المخدرات.
* الجهود الاجتماعية للوقاية من ادمان المخدرات، والتدخل.
* ادمان المخدرات في صفوف العسكريين.
* التحريات المالية في تهريب المخدرات.
* الاستراتيجية الاتحادية حول المخدرات.

ورغم حقيقة أن كثيراً من الاقطار لم تقم فيها مثل هذه اللجان التشريعية المتخصصة أو أنها لن تحتاج للنظر في كل تلك الموضوعات التي ذكرناها للتو، إلا أن ذلك لا يمنع من بذل محاولات لانشاء تنظيم مركزي داخل الهيئة التشريعية يمكن التعبير من خلاله بكل حرية عن الهموم والاهتمامات العامة والخاصة والحكومية.

٤ ـ ٤ تقييم القانون

من الممكن أن يلقي التغيير مقاومة شديدة. وفي معظم الاحيان نجد المهنيين العاملين في علاج ادمان الخمر أو المخدرات مجبرون على العمل في برامج تأسست على قوانين تشريعية موغلة في القدم ولم تعد مناسبة في الظروف الحالية. ربما تم استيفاء كل الحاجة التي من أجلها وضع القانون أصلاً، وعلى هذا يترتب في بعض الأحيان أن يظل القانون مستعملا بصورة غير ملائمة ليخدم أغراضاً لم يقصدها المشرع أساساً.

لابد إذن من إلغاء تلك القوانين التي لازالت سارية ولكن لم يعد هناك مجال لتطبيقها لأنها في الواقع قد تعرقل قيام قوانين أحدث، وتسبب ارتباكات لا داعي لها ومتاعب جمة في تنسيق البرنامج. وعلى المهنيين العاملين في علاج ادمان الخمر والمخدرات وخاصة القائمين على ادارة برنامج العلاج أن يتخذوا خطوات فعالة

لتصحيح أوجه النقص في القوانين خصوصاً اذا لمسوا أنها اصبحت متقادمة أو أن لها آثاراً عكسية على البرامج .

ويجب استخدام القانون والعملية التشريعية في حل المشكلات وفي وضع برامج للعلاج محسّنة وأشد فاعلية . كثيرا ما يفرض التغيير من خارج البرامج . وعلى هذا فإن المهنيين الذين رغبوا حقيقة في تغيير معين لسنوات طويلة ولم يفعلوا شيئاً من خلال النظام التشريعي لتحقيق هذا التغيير، سيجدون أنفسهم مكرهين على قبول تغييرات أخرى ربما لا يريدها أحد .

كذلك يمكن للهيئة التشريعية ولجانها المختلفة القيام بعمل أساسي لتوفير المنبر اللازم لمناقشة واستعراض ومراجعة وجهات النظر المتنافسة . وبذلك يمكن اعادة النظر في المصالح المشروعة ـ والمتضاربة في أغلب الأحيان ـ لكل من جماعات تنفيذ القانون وجماعات العلاج على ضوء الحاجة الملحة إلى تنسيق الجهود .

٤ ـ ٥ أجهزة المراجعة

حتى تكون القوانين بشأن ادمان المخدرات والكحوليات فاعلة ومؤثرة ، يجب أن تصاغ بهدف المساعدة في خلق الأهداف الواقعية لبرامج العلاج ، اضافة إلى ضرورة أن تعكس الإرادة العامة ومواقف الجماهير. ومن الطبيعي أن تسهم العديد من العوامل الاجتماعية في تشكيل القانون والتأثير عليه ، وبالتالي يجب أن يعكس بصورة واضحة اكبر قدر من المستويات الأخلاقية والتقاليد العامة . وتستطيع الهيئة التشريعية ، بل ويجب عليها ، أن تحدد وتحمي وتحافظ على الحقوق والمستويات من خلال تجسيدها في النصوص القانونية .

وتختلف أساليب تقييم القانون بشأن التعويل على المخدرات والخمر من قطر لآخر وفقاً لاختلافات في القانون . بعض الأقطار مثل بنجلاديش ، لايوجد لديها أي قانون محدد بشأن أي نوع من العلاج ، وأي مراجعة تتم في هذا القطر،

لن يكون لها بالتالي أي أساس قانوني تستند إليه أو تبدأ منه. إلا أن هـذا الوضـع يوفر امكانية انشاء أساليب موحدة في قوانين تشريعية جديدة.

وفي أقـطار اخـرى حيث تـوجـد مجمـوعـات معقـدة من القـوانـين بشـأن المخدرات أو الخمر، فإن الأمر يستلزم طريقة مختلفـة. سيكون المـطلب الأول هو حصر وتحليـل القوانـين الحاليـة ويتبعه تحـديد التغيـيرات المطلوبـة حيثما وجـدت ضرورة لها.

ويمكن لكل النظم القانونية أن تجري تغييرات على القوانين التشريعيـة عن طـريق التعديـل أو الإلغاء أو اعـادة صياغـة واصدار القـانون. وتجـري تغييرات من نوع آخر على القوانين من خلال الاجراءات الادارية أو التفسيرات القانونية في المحاكم. ويترتب على ذلك ضرورة ايجاد اسلوب مناسب لتقييم القوانين السارية بصفـة مستمرة حتى يمكن التعـرف على مـدى الحاجـة إلى التغيـير في حينـه. ولن يكـون لمثل هـذا التقييم قيمـة مباشرة مـالم تعرض النتـائـج في الـوقت المنـاسب وبشكل مفيد على الجهات التشريعية لتحليلها واتخاذ الاجراء العملي المناسب.

٤ ـ ٥ ـ ١ المجالس أو اللجان القانونية

يجب أن تشـارك في عملية مـراجعة القـوانين تلك الهيئـات المكلفة بتنسيق البرامج القومية بشأن المخدرات والمسكرات، ونقصد بها المجالس واللجـان حول العقـاقير المخـدرة. وأهم مميـزات هـذه الـطريقـة هي أن أعضـاء تلك المجـالس واللجان غالباً ما يأتون أصلا من ادارات حكومية أو هيئات مماثلة أخرى.

وتمثل هذه اللجان في الغالب مجموعة من الاهتمامات، ونجد أن لتوصيـاتها جاذبية خـاصة لـدى الجماهـير كما أنها تحتمـل ثقلاً هـاماً ممـا يلفت إليها الاهتـمام ويعطيها وزنـاً كبيراً. واهم عيـوبها ـ من وجهة نظر ضرورة الانتـظام في مراجعـة القانون ـ هي أن فـترة عملها محـدودة بمدة معينـة، وبالتـالي، فإنها كهيئـة مختصة بـالمراجعـة، غالبـاً ما تفقـد السيطرة عـلى المعلومات التي يمكنهـا أن تضعهـا قيـد الدراسة.

وقد يكون من الأفضل قيام لجنة من الهيئة التشريعية بمراجعة عامة وواسعة من وقت لآخر للقوانين المتعلقة بالعلاج لإثارة الوعي الجماهيري بهذه العملية. فالملاحظ أن الجهات التشريعّية غالباً ما تكون ميالة إلى العمل بناء على التوصيات والأولويات التي تضعها اللجنة التي يصدر عنها في العادة تقرير نهائي يتضمن أحدث المعلومات والخطوط الإرشادية. إلا أننا لن نكون واقعيين اذا توقعنا من مثل هذه اللجنة أن تقوم بكل اعمال الرصد والمتابعة والمراجعة المستمرة والتفصيلية والمتخصصة التي يستلزمها مجال المخدرات والمسكرات.

وعلى نقيض هذه اللجنة، نجد أن المجالس بشأن المخدرات تكون في الغالب مجالس دائمة لها اختصاصات ومسئوليات دائمة من بينها تقديم تقارير دورية إلى الحكومة. وهذا الأسلوب يوفر الكثير من المزايا على المدى الطويل.

٤ ـ ٥ ـ ٢ المراجعة الوزارية

في معظم أقطار العالم، توكل مسئولية علاج التعويل على المخدرات والمسكرات إلى وزارة الصحة العامة، تشاركها في بعض الإحيان وزارات الشئون الاجتماعية والضمان الاجتماعي. وفي عدد من الأقطار، تتولى وزارة العدل المسئولية الكلية أو الجزئية لخدمات المجرمين المدانين في جرائم ادمان المخدرات.

ويجب أن تكون مشاركة وزارات الصحة العامة والشئون الاجتماعية واضحة في المراجعة المستمرة لقوانين العلاج. ومن مزايا اسناد مسئولية اجراء المراجعة الإدارية إلى وزارات الصحة العامة أو الشئون الاجتماعية ما يلي:

١ ــ الوزارة هي المسئولة عن كل من صياغة وتنفيذ البرامج بحيث تتم المراجعة المطلوبة في نطاق اهداف البرنامج الشاملة.
٢ ــ الأرجح أن تكون الوزارة في وضع أفضل للحصول على المعلومات التي تحتاجها المراجعة.

ومع هذا توجد بعض العيوب التي تصاحب تكليف وزارة الصحة بمهام الرصد والمراجعة ومن اخطرها أن هناك جهات حكومية أخرى (مثل الشرطة)

تشارك بصورة مباشرة، بل وتكلف في أغلب الاحيان بمسئوليات مناقضة. والمشكلة الأخرى هي أنه إذا كان لزاماً أن تتم المراجعة بواسطة القائمين على تنفيذ البرنامج، فإنه قد يكون من الصعب تحقيق الموضوعية المطلوبة في تقييم الخدمات ودور القانون؛ إذ أن المراجعة الداخلية غالباً ما تفتقر إلى المصداقية والرؤية الواضحة، والأرجح الا تثير اهتمام الجماهير. ولابد إذن من جهاز مستقل للتقييم حتى يتحقق اقصى قدر من المصداقية.

٤ ـ ٥ ـ ٣ اللجنة الحكومية المركزية

لجنة التنسيق المركزية الحكومية هي نوع آخر من أجهزة المراجعة ويمكن أن تتكون فيما بين عدة إدارات، أو وزارات، أو جهات حكومية تبعاً لنوعية نظام الحكومة القائمة. والتنسيق على المستوى الوطني مهمة شديدة الصعوبة مع أي نظام حكومي، ولابد أن تكون التوقعات أقرب إلى الواقعية. فالمصالح المتنافسة والاهداف المختلفة والوسائل المستخدمة لتحقيق النتائج يمكن كلها أن تسبب منافسة فيما بين تلك الجهات بصورة تعرقل أي تقدم. ولا يمكن للتنسيق فيما بين الوزارات أن يعمل بصورة فعالة ومؤثرة إلا أن كانت الوزارة المعنية راغبة في ذلك. ومما لاشك فيه أن للرئيس التنفيذي في الحكومة المركزية دوراً هاماً في تأمين سهولة وكفاءة العمل.

٤ ـ ٥ ـ ٤ المعاهد القومية بشأن ادمان الخمر والمخدرات

تقدم مثل هذه المعاهد بديلاً هاماً للأجهزة التي سبق الإشارة إليها، حيث يمكن ان تفيد في العديد من المهام بما في ذلك: البحث (أعمال البحث الأساسي والتطبيقي)، والوقاية والتعليم، والعلاج والتأهيل، وتنمية الموارد، وتدعيم البرنامج، والمساعدات المالية. وفي بعض الأقطار، تعمل تلك المعاهد بمثابة مركز للموارد تفيد منه الوكالات أو الإدارات الوطنية الأخرى، أو الوحدات الحكومية المحلية، وتلك الحالة تنطبق على الولايات المتحدة الأمريكية مثلا.

٤ ـ ٦ تطوير القانون

٤ ـ ٦ ـ ١ التنسيق

لكل من أجهزة المراجعة التي ناقشناها مزاياه وعيوبه. وسوف يتعين على أي قطر عند مراجعة تشريعاته أن يجري تقييماً متأنياً لمكامن القوة فيها لتحديد كيفية الاستفادة بأفضل السمات المتضمنة فيها. ويترتب على ذلك ضرورة قيام أو استمرار بقاء أجهزة مراجعة مستقلة تناط بكل منها مهام مختلفة ولكنها تكمل بعضها بعضاً. ويجب أن يكون المبدأ الذي تسترشد به هو قيام روابط قوية وفعالة فيما بين الإدارات الحكومية ينشأ عنها اتفاق على الهدف ومقدرة على انجاز المراجعة.

وفي تلك الظروف يمكن أن تكون لجنة التنسيق الوزارية الدائمة هي التنظيم المناسب. ويتم تعيين رئيسها واعضاؤها بصورة مشتركة بمعرفة الفرع التنفيذي الحكومي بناء على توصيات مرفوعة من الوزراء المسئولين عن الصحة العامة، والخدمات والشئون الاجتماعية، وتنفيذ القانون، والهيئة القضائية.

وتشكل السكرتارية كذلك بصورة مشتركة من العاملين الذين توفرهم لها الوزارات المختلفة. وتشارك اللجنة بصورة مباشرة في صياغة السياسات الوطنية وتطوير برامج العلاج الخاصة بالتعويل على المسكرات والمخدرات. وسيكون الهدف الشامل لهذه اللجنة أن تعمل على التوفيق بين الأهداف المختلفة، والمتنافسة في كثير من الأحيان. وانسجام الأهداف تمشياً مع السياسات والقوانين الوطنية هو الغاية النهائية، ولذا يجب أن تتوفر لذلك الأرضية المناسبة للنقاش الصريح والتقييم الحرّ للبرامج والتشريعات؛ مع اتاحة امكانية الوصول إلى الجهات التنفيذية وتقديم التوصيات المؤيدة بتوثيق جيد وفي الوقت المناسب إلى الجهات التشريعية. ومما يساعد على زيادة فعالية تلك التوصيات أن تتوفر الصلاحيات لتنفيذ التغييرات تحت ادارة رئيس الحكومة في القطر مباشرة.

٤ ـ ٦ ـ ٢ تقييم القوانين السارية

الخطوة الأولى في التقييم المستمر للقوانين الخاصة بعلاج التعويل على الخمر والمخدرات هي التعرف على الأهداف الحالية لتلك القوانين. ويتكشف ذلك عن طريق اجراء حصر دقيق للأهداف الشاملة الحالية للبرنامج الوطني. ويجب أن نولى اهتماماً كبيراً بتلك النواحي من الأهداف والتي يمكن أن يسهم فيها القانون إذا تم تنقيحه. ومن المهم أيضا أن نقرر ما إذا كنا حقيقة نحتاج إلى قانون جديد أو معدل، وما إذا كان ممكنًا تقديم خدمات العلاج إلى الذين يحتاجونها بدون مثل هذا القانون. في بعض الأقطار مثلا، وجدنا الذين يمارسون عمل المعالج التقليدي (الشعبي) يقدمون الخدمات العلاجية دون أن يكونوا خاضعين لأي نظام قانوني رسمي. وفي أقطار أخرى، تقدم الخدمات الطوعية، والأنشطة غير الرسمية بدون الاعتماد على أي قانون رسمي. في مثل هذه الظروف، قد تكون المراجعة القانونية الشاملة أشد ضرورة.

ويجب نقد وتقييم القوانين القديمة حتى نحدّد مدى ملاءمتها للوضع الحالي، وكذا ينبغي اعادة النظر بشكل دقيق في القوانين المستعارة أو المأخوذة عن أقطار أخرى في عهود الاستعمار، مع فحص وتمحيص القوانين المتضاربة نتيجة للتطور الجزئي الذي تعرضت له القوانين على مدى سنوات طويلة، والتعرف على مجالات التضارب المباشر وتحديد نقاط التناقض أو عدم التوافق فيها.

وتفحص القوانين السارية أيضا لتقرير ما إذا كان محتملاً أن تلبي الاحتياجات المستقبلية لبرامج العلاج التي ينتظر أن تستمر في تطورها على مدى السنوات القليلة القادمة. وقد يكشف لنا هذا البحث عن أن التطوير خطوة خطوة ربما كان أكثر فعالية وقابلية للتحقيق عن ذلك التغيير القانوني الشامل في دفعة واحدة.

أما العنصر الثاني في عملية المراجعة فهو تجميع البيانات اللازمة لتقييم المدى الذي وصل إليه تحقيق الأهداف حالياً، وهي بيانات يصعب الحصول عليها، وتكون في الغالب أما ناقصة أو غير موثوقة. ومن الضروري أن نجد طرقاً

للحصول على المعلومات اللازمة حتى ننشيء أساساً متيناً للتقييم. ولأغراض المراجعة، لا بأس أن نلجأ إلى الاجراءات المرعية لتجميع المعلومات، مع ضرورة تقديم توصيات قوية لإنشاء نظم حديثة وفعالة وشاملة لتجميع وتخزين وتحليل المعلومات لأغراض البحث والتقييم وغيرها من الاحتياجات المشروعة.

وستحتاج جهات التنسيق كذلك معلومات عن الجوانب العملية في القانون. وللمساعدة في هذا السبيل، نقترح بأن تتضمن مراجعة الفعاليات العملية الخطوات التالية:

١ ـ وصف الاجراءات الإدارية التي اتخذت لتنفيذ القوانين السارية بمعرفة الوزارة المعنية. وقد لوحظ في بعض الأقطار تأخير طويل في تنفيذ القوانين التي صدرت حديثا. وعلى اللجنة أن تتقصىّ أسباب تلك التأخيرات وتقترح وسائل التغلب عليها.

٢ ـ الحصول على معلومات بشأن التغييرات في تنظيم وبنية خدمات الصحة العامة. وتجري حالياً في أقطار عديدة دراسة اجراء تحوّلات جذرية في سياسة الخدمة الصحية.

٣ ـ تنظر لجنة المراجعة فيما إذا كانت وسائل العلاج الجديدة أو أساليب الرعاية الجديدة تعني بالضرورة وضع أهداف جديدة أكثر طموحا، أم تعديل الأهداف السابقة التي تثبت أنها غير واقعية أو مفرطة الطموح. وعليه، يجب توفير معلومات عن التقدم التقني وطرق التدريب. وقد يتراءى للجنة في النهاية أن وسائل العلاج شديدة البساطة والفاعلية ستزيد من عدد الأفراد العاملين المشاركين بصورة نشطة.

٤ ـ الحصول على معلومات حول «حماية حقوق المرضى».

٥ ـ سيكون من المفيد اجراء تقييم «للمواقف الجماهيرية»، وليكن واضحاً أنه لا توجد مجموعة مواقف موحدة، ولكننا يمكن أن نحصل على بعض المؤشرات إلى تحولات في المواقف، ومجالات الاهتمام، ومستويات الآراء المسبقة، والمخاوف والمصالح الخ . . . بين الجماهير.

ويمكن أن تطرح لجنة المراجعة أسئلة شبيهة بتلك التي وردت في كتاب لمنظمة الصحة العالمية حول «القانون والصحة النفسية»، وكانت كالآتي:

١ ـ هل كان أداء القانون جيداً مثلما كانت التوقعات؟ في حالة النفي: ما هي التعديلات التي يمكن أن تتيح للأهداف الأصلية أن تتحقق؟

٢ ـ هل حدثت تغييرات في أنماط إدمان المخدرات بحيث تستلزم الآن وسائل جديدة لإحكام السيطرة القانونية، ولبرامج العلاج؟

٣ ـ هل أوجدت التغييرات في نظم الرعاية الصحية والخدمة الاجتماعية أو في الأساليب التي ظهرت حديثا في مجالات التشخيص أو الادارة، حاجة إلى وضع نصوص قانونية جديدة؟

٤ ـ هل طرأت تغييرات على الاتفاقيات العالمية بصورة تدعو إلى تحديث القوانين الوطنية؟

٥ ـ هل يتوفر الاهتمام الجماهيري الذي يمكن أن يكون مبرراً لمزيد من الضوابط القانونية؟

٦ ـ هل تتوفر الحماية الكافية لحقوق ومصالح الأفراد؟

لدى الاجابة على هذه الأسئلة، يجب أن تتضمن فيها أحكام حول قيمة ما تحقق من هذه الأمور وطرحها للمناقشة. ومع هذا يتوقع من اللجنة أن تصل إلى اتفاق كامل وإلى صياغة مجموعة من التوصيات المتعلقة بالنصوص القانونية والادارية معاً. وعندما تفعل ذلك، يتعين عليها أن تضع في اعتبارها عدداً من الأمور العملية منها مثلاً تنفيذ القانون وبخاصة في ما يتعلق بموارد القوى العاملة. ولابد عندئذ من البحث عن حلول واقعية، فنحتفظ مثلاً بالكفاءات العالية بقدر الامكان للأعمال التي يستطيعون وحدهم دون غيرهم أداءها.

ولا يرجح أن تكون كثرة التغييرات التشريعية أمراً مجدياً. فيمكن النظر في اجراء تعديلات على القانون الأساسي كل عدد من السنين، أما التغيير الشامل بمعنى استصدار قانون جديد تماماً، فذلك أمر نادر الحدوث. على نقيض ذلك نجد النصوص الادارية قابلة ـ كما سبق أن أشرنا ـ للتغيير بسرعة كبيرة بمجرد

اصـدار توجيـه وزاري، وبذلـك يمكنها أن تؤدي إلى تحسـين جـذري في الـوقت المناسب في فعالية عمل القانون.

٤ ـ ٧ معايير للنصوص القانونية.

وضع تقرير منظمة الصحة العالمية بشأن «التوفيق بين الاهداف في القانون والصحة العامة» معايـير للنصوص القـانونيـة في مجال الصحـة النفسية مـع إشارة خاصة إلى الدول النامية. ونوجز فيما يلي بعض المعايير المماثلة للتشريعات الخاصـة بعلاج المعولين على المخدرات والمسكرات. وأن مزيداً من تحليل هذه المعايير لابد أن يفيد في الجهود المبذولة للتوفيق بين مختلف طـرق مراجعـة وتنقيح التشريعـات الخاصة بكل من ادمان العقاقير المخدرة والصحة النفسية.

ولايمكن تقييم قوانين العـلاج أو صياغتهـا بشكل منعـزل. ولما كـانت كل الأقطار تتحرك باتجاه ايجاد خدمات متكاملة ومتوفرة على أوسع نـطاق، فلابـد أن دور القانون سيتغير.

قـدمنا تحت القسم (٤ ـ ٢) «بنيـة قـانـونيـة أسـاسيـة» مؤلفـة من قـائمـة بالموضـوعات التي يجب أن يـركز عليهـا القـانـون والتي يمكن تـطبيقهـا في جميـع الأقـطار. ونـورد فيـما يـلي بعض المعـايـير التي يمكن بمقتضـاهـا تقييم النصـوص القانونية، ولابد عنـد قراءتهـا أن تكون «البنيـة القانـونية الأسـاسية» حـاضرة في أذهاننا.

(أ) معايير «سلبية» (أي: مالا يجب أن يفعله القانون)

ـ يجب ألا يعـرقل التغيـير المطلوب؛ كـأن يضع مثـلا حدودا لعـدد الاماكن التي يستـطيع الأشخـاص المعولـون على المخـدرات أو المسكـرات أن يتلقـوا فيهـا العلاج، أو أن يحدد أو يقيد مقدرة السلطة القضائية أو ادارات تنفيذ القانـون على تحويل الأشخاص المدمنين إلى برامج العلاج.

ـ يجب ألا يتطلب للعمل به وتنفيذه مستوى من الموارد أو من وقت العاملين بلا داعٍ . وينبغي تشجيع بدائل الرعاية المؤسسية المكلفة بحيث تنشأ مجموعة من الخدمات أقل تكلفة وذات اهداف محدودة.

ـ يجب ألا يُضعف أو يكبح أي استجابة موجودة بالفعل في المجتمع تساعد في علاج ادمان المخدرات أو الخمر. وينبغي على القانون ان يشجع ، لا أن يعيق، الأساليب التقليدية للعلاج وبرامج المنظمات التطوعية والاجتماعية.

ـ يجب الا يؤدي بصفة عامة إلى ايجاد خدمة علاج منفصلة تماماً تختص بادمان المخدرات والمسكرات. فالقانون الذي يتطلب برامج وخدمات تدار بصورة مستقلة تماماً، لابد أنه يجعل التكامل مع الصحة العامة والخدمات الاجتماعية، وتنسيق البرامج أمراً شديد الصعوبة.

ـ يجب الا يثير أو يساند المواقف السلبية تجاه الشخص المعول على المسكرات أو المخدرات. وينبغي تجنب النصوص القانونية التي تسهم في كراهية مثل هؤلاء الاشخاص. لابل يجب عدم استعمال عبارات «مدمن خمر» و «مدمن مخدرات» واستبدالها بعبارات مثل «معول على الخمر» أو «معول على المخدرات».

(ب) معايير «ايجابية» (أي: ما يجب أن يفعله القانون)

ـ يجب أن يعكس بوضوح اتجاه السياسة الوطنية وأسلوبها.

ـ يجب أن يستغل القوى البشرية المتاحة. فيمكن للأطباء الممارسين وغيرهم من أفراد الهيئة الطبية والرعاية الاجتماعية بالإضافة إلى زملاء الأشخاص المعولين على المخدرات أو المسكرات، وأقربائهم ومعارفهم أن يساعدوا جميعا في إرشادهم إلى أنسب خدمات العلاج. كذلك يجب أن يشتمل التدريب الأكاديمي والمهني للأطباء وغيرهم من أفراد الشئون الصحية والاجتماعية على دورات بشأن التعويل على المخدرات والمسكرات ،وذلك يسهل عليهم التشخيص والعلاج والتحويل بصورة مبكرة.

- يجب أن يقضي بتوفير العلاج للحالات ذات الأولوية في كافة انحاء القطر حيثما استدعت الحاجة إليه. وينبغي أن تعطي الأولوية - في التعويل على المخدرات بالذات - لمشكلات المناطق الحضرية ولتوزيع الخدمات بصورة متسقة على كافة أرجاء القطر.

- يجب أن يستحث المشاركة فيما بين القطاعات المختلفة، فإن التنسيق بين سلطات تنفيذ القانون والسلطة القضائية والصحة والشئون الاجتماعية في غاية الأهمية لاستيفاء احتياجات الاشخاص المعولين على الخمر والمخدرات. وفي هذا الصدد ينبغي أن نضع يدنا على المصالح المتضاربة والأهداف المتنافسة من أجل أن نتوصل إلى تعزيز التعاون المشترك سواء في النصوص القانونية أو أجهزة الادارة.

- يجب أن يحمي الحقوق المدنية للأفراد بغض النظر عن الحالة التعليمية أو محل الإقامة الخ.. وينبغي أن يكفل القانون تلك الحماية في كافة مراحل اتصال الأفراد بسلطات تنفيذ القانون أو السلطة القضائية أو الجهات الإدارية.

٤ ـ ٨ الدخول في العلاج

٤ ـ ٨ ـ ١ الدخول الطوعي

كما سبق أن ذكرنا، فإن للحكومات مصلحة مشروعة أيضاً في وضع ضوابط رسمية محدودة وبشكل محكم على الأشخاص المعولين على المخدرات والخمر في حالات معينة، مثلا عندما يؤدي التعويل إلى انخفاض حاد في القدرة على العمل، أو إلى سلوك مختل أو شديد الخطورة.

والهدف الشامل لعلاج التعويل على المخدرات والمسكرات هو التأهيل والاندماج في المجتمع مرة أخرى بصورة مبكرة. ويجب أن تكون اهداف العلاج واقعية وأن يسهل كل من النظام القانوني وبرنامج العلاج تحقيق الأهداف الفردية، لأن مجرد رغبة الفرد شخصياً في تلقي العلاج من التعويل على الخمر

والمخـدرات إنما هي مؤشر غـايـة في الأهميـة لاحتـمال نجـاح العـلاج. ويجب أن تستهدف النصوص القانونية التي يهتدي بها الشخص في مسيرتـه في نظام العـلاج اعطائه أقصى قدر من ممارسة الاختيار بكل حرية. قد يكون الإكراه أحياناً عنصراً ايجابياً في مرحلة الدخول، لكنه لايمكن أن يضمن نجاح برنـامج العـلاج. وحتى نزيد الحافز الفردي إلى العلاج، يجب أن نجعل الدخول والاستمرار في العلاج من التعـويل عـلى الخمر والمخـدرات طوعيـاً حيثما أمكن وفي نـطاق النظام القـانـوني والتطور الثقافي والاجتماعي والاقتصادي في القطر.

وينبغي أن تكون خدمات العلاج متاحة باستمرار وفعالة وجذابة لكـل من الكبار والصغار عـلى السواء. ولاشـك أن الحاجـة إلى برنـامج طـوعي «جذاب» للشباب صغار السن تستحق اهتماماً من نوع خاص. ولهذه الغاية، يجب أن تتوفر خدمات العلاج من التعويل على الخمر والمخدرات على أساس من السرية المطلقة بدون تبليغ الأسرة أو الإصرار على الحصول على موافقتها. وقد يؤدي الاخفاق في تأمين الدخول الطوعي بموجب نصـوص قانـونية تفـرض سرية تـامة، إلى عـرقلة دخول الشباب.

ويعتبر التحفيز عـلى العلاج من الأمـور الحيويـة بالنسبـة لشخص يفكر في الدخول الطوعي. وعليه يجب أن تتضمن شروط الدخول والاستمرار في العلاج نصوصاً حركية لتشجيع الوصول بسهولة إلى الخدمات. من ذلك أنه ينبغي تجنب اشـتراط بقاء الأشخـاص تحت العلاج لفـترة زمنية مقـررة. ورغم أنه قـد تتوفـر أسباب وجيهة لتحـديد فـترة معينة لـبرنامـج علاجي معـين، إلا أن التشديـد في متـطلبات الـوقت قد يؤدي إلى قـرار يتخذه المـريض بعـدم السعي إلى الـدخـول الطوعي. ولما كان من المتوقع ألا تكون المرافق المتاحة غير كافية، فـإنه يجب عـلى القانون أن يشجع أو يقضي بأن يتم العلاج المبدئي في مـراكز العـلاج الخارجي ـ إن وجـدت ـ حيث أنها أقل تكلفـة من مصحات العـلاج الـداخـلي، ولهـا ميـزة اضافية من حيث مرونتها الكبيرة من وجهة نظر المريض.

وكثيرا ما يعاني الأشخاص المعولون على المخدرات والمسكرات من انتكاسات أو قد يتخلون عن العلاج خلافاً لما ينصح به الأطباء. هؤلاء لا يجب أن نغلق في وجوههم أبواب الدخول إلى الرعاية الطوعية نظراً لأنهم سيكونون على الأرجح أكثر احساسا بالحافز إلى السعي لمثل هذه الرعاية نتيجة للتجربة التي مروا بها.

ويجب أن يضم القانون شروطاً تحكم المشاركة في برامج العلاج الطوعي. من ذلك مثلاً أن عدم الانتظام والتهاون في العلاج المقرر سيشكلون أسباباً كافية لإنهاء الحالة الطوعية.

٤ ـ ٨ ـ ٢ الحجز المدني الاجباري

يعتبر الحجز الاجباري للمريض من أجل العلاج واحداً من ردود الفعل القانونية ازاء السلوك المنحرف بما في ذلك المرض العقلي والتعويل على المخدرات والمسكرات. غير أنه عندما يكون الهدف من الحرمان من الحرية هو العلاج، فإن مثل هذا الحجز الاجباري ينطوي بالضرورة على مخالفة للقيم التي يحميها القانون فيما يتصل بالحرية الفردية وحرية القرار.

ولسوف يظل الحجز المدني الاجباري للأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات في بعض الأقطار أنسب وسيلة لارغام الاشخاص على الخضوع للعلاج في ظروف معنية وغير محددة المعالم بصورة جيدة. وكما سبق أن ذكرنا في القسم (٣ ـ ٤) فقد سنت بعض الحكومات تشريعات استهدفت من ناحية حماية مواطنيها من الآثار الضارة لبعض المواد التي تؤدي للتعويل عليها، ومن ناحية أخرى حماية الآخرين من السلوك الخطر الذي قد يترتب على استعمال مثل هذه المواد. والأساس القانوني للحجز المدني الاجباري وفقا لهذه الأسباب هو اهتمام الدولة بحماية الفرد عندما يكون على سبيل المثال عاجزاً عن العناية بنفسه نتيجة لادمانه الخمر أو المخدرات. ويجوز أن يكون مثل هذا الحجز الاجباري مطلوباً للاشخاص من الفئات الآتية:

أ ــ الذين يحتاجون إلى علاج طواريء قصير الأمـد بسبب عدم قـدرتهم عملياً على اداء المطلوب منهم بصورة عادية نتيجة ادمان المخدرات أو الخمر،

ب ــ المصابون بعجز عقلي شديد نتيجة استعمال المخدرات أو الخمر.

وقـد وجـدنـا في القـوانـين التي تمت مـراجعتهـا هـذه الأسبـاب للعـلاج الاجبـاري، سواء في قـوانين الصحـة النفسية أو في النصـوص المتخصصة حـول إدمان المخدرات والمسكرات. ويعتبر معيار «الخطورة» أكثر وأنسب ما يتضمن في قوانين الصحة النفسية سواء بالإضافة إلى، أو بدلاً من الأسباب الأخرى. ويمكن لهذه القوانين ـ حيثما صـدرت ـ أن تقدم ايضـا بدائـل للحجز المـدني الاجباري. فالأشخاص المعولون على المخدرات أو الخمـر ممن يثبت مرضهم العقـلي لابد من معالجتهم بموجب النصوص القانونية التي تحكم حجز وعلاج المريض العقلي.

وينـدرج المصابـون بالعجـز من المعولـين على المخـدرات أو الخمـر في بنـد الأشخاص المحتاجين لحجز طـاريء قصير الأمـد. وتقضي الاتجاهـات التشريعية الحالية بتدخل الشرطة لمعاونـة الاشخاص العـاجزين من مـدمني المسكرات عـلى الدخول في نظم العلاج بـدلاً من القاء القبض عليهم. وبـالمثل يمكن أن يصـاب الشخص المعول على المخدرات بالعجز عندما يكون تحت تأثير المخـدر ويحتاج إلى الرعاية الطبية. وقد يتـطلب أيضاً عـلاج طواريء بسبب اعـراض الانقطاع عن المخدر الحادة ويكون بحاجة إلى علاج الإدمـان. ويجب أن يكون العـلاج لمثل هـذه الحالات الـطارئـة لفـترات قصـيرة فقط عـلى أن يـطلق سراح الشخص من الحجز فوراًعند استكمال العلاج الطبي (علاج الإدمان).

اضـافة الى تلك الـطواريء الطبيـة الحادة، يمكن أن ينُص في التشريعـات الخاصة بـالحجز المـدني الاجباري عـلى ترتيبـات بشأن الاشخـاص المعولـين على المخدرات أو الكحول وأصيبوا نتيجة لذلك بعجز عقلي شديد. ترتبط العديد من أسباب الحجز بشدة أو درجة الإصابة بـالعجز أو الاعـاقة، حيث يتكـرر استعمال وصف «خطر» أو «شديـد» في القانـون لهذه الغـاية. عـلى سبيل المثـال، نجد أن المعيار في الصومال هو: «تدهور عقـلي شديـد بسبب الاعتياد عـلى سوء استعـال

العقاقير المخدرة». وبموجب قانون جمهورية المانيا الاتحادية، فإن المعيار يطبق لاحتجاز شخص يعاني من «التعويل على المخدرات» هو السلوك الذي يرجح أن يؤدي إلى «أذى خطير بصحته».

وتجعل القوانين الحالية في بعض الأقطار فترات الحجز اجبارية، ولكن لابد أن نلاحظ أن الحجز المدني الاجباري لن يكون له ما يبرره إلا إذا توفر برنامج علاجي فعال ومرافق صحية مناسبة وكافية للخدمة الانسانية.

يجب إذن أن تكون فترة الحجز محدودة ـ كما سبق أن ذكرنا ـ وأن تخضع ـ حالة الإلزام لمراجعة دورية. ويجسّد القانون في تايلاند هذه المباديء في هيئة نصوص قانونية تقضي بأن تكون «فترة العلاج أو التأهيل ١٨٠ يوماً يقضيها المريض في مستشفى أو مركز التأهيل».

ويمنح الشخص المعني حقوقا قانونية أساسية واجرائية معينة أثناء السير في اجراءات الحجز الاجباري. في بعض الأقطار، تشتمل هذه على حقه في عقد جلسة قضائية في الوقت المناسب؛ وإخطاره بالشكل وفي الوقت المناسب بخصوص سير الاجراءات؛ إستشارة المحامي في الوقت المناسب؛ وحصانة ضد توجيه الاتهام الى الذات؛ ومواجهة والرد على أقوال أي شهود؛ ومستوى الإثبات الذي يقضي بأن تقدم الدولة دليلاً قاطعاً، ومعاملة مؤثرة وانسانية، ومراجعة وافية وهادفة. ويجب أن ينُص في القوانين بوضوح تام على المعايير الخاصة بالحجز المدني الاجباري للأشخاص المعولين على المخدرات أو المسكرات. ويمكن الاطلاع على نصوص من هذا النوع في القوانين التي لخصناها في الملحق (٢).

من أهم الواجبات المناطة باللجنة الوزارية للتنسيق المسئولة عن مراجعة القوانين الخاصة بعلاج التعويل على المخدرات والخمر، أن تقر الحقوق الأساسية والقواعد القانونية الاجرائية التي تطبق في عملية الحجز الاجباري وبرنامج العلاج المصاحب لها.

٤ ـ ٩ التحويل للعلاج من نظام القضاء الجنائي

لاشك أن توفير خدمات العلاج الفعالة وجعلها متاحة وجذابة للمتهم المعول على المخدرات والمسكرات، فيه خدمة للجمهور وفائدة مباشرة للشخص المعني. ويجب اتاحة هذا العلاج في كل مراحل النظام الجنائي ابتداء من نقطة الاتصال الأول للفرد مع الافراد المكلفين بتنفيذ القانون (قبل الاعتقال) وحتى مرحلة ما بعد دخول المؤسسات العقابّية (شريطة الامتناع عن النطق بالحكم). ولا يجب أن يتجاوز طول فترة الحجز الاجباري لغرض العلاج تلك المدة المقررة لعقوبة انتهاك القوانين الجنائية المحكوم بها على الشخص المحّول للعلاج. وقد أوجزنا مختلف التناولات القانونية والنصوص المتعلقة بذلك في الملحق (٢).

عندما يبدأ اتصال الشخص المعول على المخدرات أو الخمر مع سلطات الشرطة لأول مرة بسبب سلوك جعله عرضة لالقاء القبض عليه، فإن امكانية علاجه يمكن أن تكون عاملاً ايجابياً شديد الأهمية في تمام تأهيله. وقد تخلق المواجهة مع الشرطة أزمة من نوع ما تحفز الشخص على تلقي العلاج الناجع. في حالات الطواريء مثلا، وعندما يكون الشخص عاجزاً تماماً عن الحركة وفاقد الأهلية القانونية، فإنه يجب أن يكون من حق الشرطة قانونياً، بل وأن تجد ما يشجعها على تحويل الشخص مباشرة إلى برنامج علاجي ـ بدلاً من اعتقاله ـ ولو لفترة وجيزة حتى تمر الحالة الطارئة.

وتطبق اعتبارات مشابهة في مرحلة ما قبل المحاكمة (ما بعد الاعتقال). وعليه يجب أن يمنح الموظف الحكومي المسئول عن اجراءات الدعوى، حق الاختيار للتوصية بتحويل المتهم للعلاج قبل المحاكمة. ويجب بالطبع ايجاد امكانات حقيقية للتحويل، أي توفير مرافق علاجية إنسانية تقدم برامج علاج فعالة لرعاية المتهم المعول على المخدرات أو الخمر. وقد يتراءى للمحاكم أن تمارس حقها في الإختيار لتحويل شخص متهم إلى العلاج بدلاً من السير في اجراءات الدعوى، إن كان ذلك مرخصاً به قانونياً.

وتوجد كثير من النصوص بشأن العلاج في تشريعات تركز أصلاً على مكافحة العقاقير المؤدية للإدمان. وينطبق ذلك بصفة خاصة على الأقطار التي أصدرت تشريعاتها تأسيساً على المعاهدات الدولية بشأن مكافحة العقاقير المخدرة والمنشطة، علماً بأن تلك المعاهدات لا تختص بالعلاج مبدئياً. وعلى هذا فإن القوانين التي صدرت لتعكس أو تنص على قيام أجهزة المكافحة تنفيذاً للمعاهدات الدولية، لن تولي موضوع العلاج إلا اهتماماً ضئيلاً نسبياً. ويترتب على إدخال نصوص العلاج بهذه الطريقة عدد من العيوب:

١ ــ لن تنال نصوص العلاج نفس الثقل الذي يرجح أن تحظى به لو كان القانون مختصاً بالعلاج أصلاً.

٢ ــ تجد الجهات التشريعية ما يغري بعدم اصدار قوانين أخرى منفصلة للعلاج، أو فصول مستقلة ضمن قوانين الصحة النفسية أو الصحة العامة. وينطبق هذا بصفة خاصة حيثما يقل استعمال النصوص الخاصة بالعلاج بمعرفة سلطات النيابة أو القضاء، أو حينما يتضاءل اهتمام الجمهور والمهنيين عموماً بتنفيذها.

٣ ــ لا تستخدم نصوص العلاج المتضمنة في قوانين المكافحة إلا لغرض (أي التحويل إلى العلاج) لا يعتبر مناسباً إلا في ظروف محدودة (وهذا أخطر العيوب).

وأهم ميزة للنص على العلاج ضمن قوانين مكافحة المخدرات هي توفير المرونة التي تحتاجها المحاكم بالفعل لإصدار أحكام بديلة عن عقوبة السجن. وكما سبق أن ذكرنا، فإن المعاهدات الدولية تتضمن إشارة خاصة إلى علاج المتهمين المعولين على المخدرات، وتدعو كافة الأطراف الموقعين على تلك المعاهدات»، بأن يحرصوا على بحث إدخال مثل هذه النصوص في التشريعات الوطنية».

٤ ـ ١٠ المحافظة على السرّية

أحد أهم المباديء التي تسيطر على علاقة المريض مع مهنة الطب هو التشديد على أن تظل كل المعلومات المعروفة عنه سريّة تماماً. وبناء عليه يجب أن يتضمن القانون نصوصاً محددة لحماية المعلومات التي يتم الحصول عليها عن المريض سواء أثناء العلاج أو نتيجة لأنشطة ما قبل العلاج. وتشتمل تلك المعلومات ما يلي:

أ ـ ملفات محفوظة بمعرفة الأفراد المكلفين بالعلاج.
ب ـ كافة المعلومات الواردة في الملفات، أو التي تم تجميعها أثناء العزل والاختبار والفحص الطبي والمراقبة والعلاج.

ويجب أن يكون المبدأ الأساسي الذي يسترشد به هو أن سريّة المعلومات ستشجع على الدخول الطوعي في نظام العلاج. ولما كان العلاج الطوعي هو الأفضل لأنه ينطوي عادة على مستوى عال من الحافز الذاتي، فيجب على صنّاع السياسات ـ حيثما أمكن ـ مراعاة حماية السرّية.

في كثير من الأقطار التي أنشأت نظماً للإخطار والتبليغ والتسجيل والعزل الطبي أو المراقبة، لن تكون السرية التامة ممكنة بموجب القوانين الحالية. ويمكن تقييم مدى التضارب في هذه المجالات بواسطة الجهات الوزارية المكلفة «بالمراجعة واللجان القانونية التي تدرس تعديل القوانين. كما يجب تشجيع مناقشة هذه الأمور فيما بين المهنيين في مجالات الطب والقانون والأفراد المكلفين بالعلاج وذلك حتى يمكن التعرف على أسباب التضارب وتحديد البدائل المناسبة.

٤ ـ ١١ الروابط مع الخدمات الصحية الأخرى

يمكن ادماج الخدمات الصحية إذا تركزت السلطات المركزية للشئون الصحية في وزارة أو ادارة واحدة. وبدلاً من القانون الأساسي نفسه، يمكن استعمال الأوامر الادارية أو التوجيهات الوزارية لتخصيص وتنسيق الصلاحيات

فيما بين مختلف الوزارات والادارات بل ويمكنها اداء عمل مفيد وشديد الإنسجام. وهذه طريقة يمكن أن تسهل القيام بصفة دورية باعادة تنظيم الخدمات أو الأفراد العاملين دون حاجة إلى اللجوء للجهات التشريعية.

والجدير بالذكر أن التقرير الرابع عشر (١٩٦٧) للجنة خبراء منظمة الصحة العالمية حول الصحة النفسية[٦] اختص بخدمات الوقاية والعلاج من التعويل على الخمر والعقاقير الأخرى. وقد لوحظ أن الحكومات ـ على المستوى الوطني ـ قامت بانشاء أجهزة محددة لأغراض التنسيق مثل اللجان الحكومية لوضع وتنسيق البرامج الشاملة المتعلقة بالتعويل على الخمر. غير أنه ذكر أيضاً بأن عددًا كبيراً من الهيئات ـ على المستوى الاجتماعي ـ تبدي اهتماما بطريقة ما بمسائل الرعاية والعلاج ومكافحة التعويل على الخمر والمخدرات. وقد كانت هناك حاجة ماسة على كل المستويات سواء الحكومية أو بين الهيئات الحكومية وغير الحكومية لبحث المدى الذي يصبح التعاون فيما بين المنظمات عنده ضرورياً وعملياً ومجدياً.

وقد أظهرت هذه الدراسة اتجاهاً نحو انشاء جهات للاستشارة والتنسيق لتقديم الإرشاد اللازم للبرنامج على المستويين الوطني والمحلي في برامج التعويل على المخدرات والمسكرات. وأنشئت تلك الجهات في حالات عديدة نتيجة لما تتطلبه المادة (١٧) من المعاهدة الموحدة لسنة ١٩٦١ والتي تنص على أنه «يجب على الأطراف أن ينشئوا ادارة خاصة لغرض تطبيق هذه المعاهدة».

واقترحنا أيضاً الاهتمام بانشاء مجموعة تنسيق على المستوى الوزاري للتوفيق بين المصالح المتنافسة لمختلف الوزارات المختصة بمكافحة وعلاج التعويل على المخدرات والمسكرات.

لقد اعترفت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية حول المشكلات المتعلقة بتعاطي الكحول[١] بخطورة تلك المشكلات في العديد من الأقطار، كما أوصت اللجنة بأن تقوم الحكومات بالآتي:

أ ـ مراجعة طبيعة ومدى هذه المشكلات لدى سكانها، والموارد المتاحة بالفعل للحد من انتشارها وتأثيرها، والعراقيل التي يحتمل مصادفتها عند وضع سياسات جديدة.
ب ـ بدء الاجراءات اللازمة لوضع سياسة وطنية شاملة حول الكحوليات.
جـ ـ انشاء أجهزة تنسيق لتنفيذ السياسات الوقائية والادارية، والبرامج لضمان استمرار مراجعة الموقف.
د ـ تنفيذ هذه البرامج ضمن اطار الصحة العامة والتنمية الوطنية باستعمال الهياكل الحالية حيثما كان عملياً وممكناً.

لقد أوصت منظمة الصحة العالمية بكل إصرار على ادماج خدمات علاج التعويل على المخدرات والمسكرات في الخدمات العامة للصحة العامة. وكان أسلوب الادماج أيضاً عنصراً هاماً ضمّنته منظمة الصحة العالمية في خطتها طويلة الأجل «الصحة للجميع سنة ٢٠٠٠».

كذلك أوصى المجلس الأوروبي بتطوير وتنظيم الخدمات الشاملة واستمرارية علاج مدمني الكحوليات (قرار اكتوبر ١٩٧٨). واعترفت اللجنة الوزارية للمجلس الأوربي بأن المسئولية الرئيسية عن علاج مدمني الكحوليات قد تقع إما على الخدمات الصحية أو على الخدمات الاجتماعية مما يستوجب قيام تعاون وثيق بينهما.

وقد أصدر المجلس الأوربي مؤخراً (مارس ١٩٨٢) التوصيات التالية ـ من بين توصيات أخرى ـ إلى الحكومات الاعضاء:

أ ـ يجب ادماج خدمات مساعدة وعلاج المعولين على المخدرات ـ بقدر الامكان ـ في نظام الصحة العامة والرعاية الاجتماعية.
ب ـ حيثما توفرت الموارد لخدمات المساعدة والعلاج للمعولين على المخدرات، يجب اعتبار مشكلات التعويل على المخدرات مرتبطة بالمشكلات الصحية والاجتماعية العامة.

* * *

قائمة المراجع

1. WHO Technical Report Series, No. 650, 1980 (*Problems related to alcohol consumption:* report of a WHO Expert Committee).
2. Treatment of drug addicts: a survey of existing legislation. *International digest of health legislation,* **13:** 4–46 (1962).
3. CURRAN, W. J. & HARDING, T. W. *The law and mental health: harmonizing objectives.* Geneva, World Health Organization, 1977.
4. WHO Technical Report Series, No. 98, 1955 (*Legislation affecting psychiatric treatment:* fourth report of the Expert Committee on Mental Health).
5. WHO Technical Report Series, No. 131, 1957 (*Treatment and care of drug addicts:* report of a Study Group).
6. WHO Technical Report Series, No. 363, 1967 (*Services for the prevention and treatment of dependence on alcohol and other drugs:* fourteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health).
7. EDWARES, G. & ARIF, A., ed. *Drug problems in the sociocultural context: a basis for policies and programme planning.* Geneva, World Health Organization, 1980 (Public Health Paper, No. 73).
8. EDWARDS, G. ET AL. *Alcohol-related disabilities.* Geneva, World Health Organization, 1977 (Offset Publication, No. 32).
9. RITSON, E.B. *Community response to alcohol-related problems:review of an international project.* Geneva, World Health Organization, 1985 (Public Health Paper, No. 81).
10. OXFORD, J. & EDWARDS, G. *Alcoholism.* London, Oxford University Press, 1977.
11. POLICH, J.M. ET AL. *The course of alcoholism: four years after?* New York, Wiley, 1981.
12. VAILLANT, G.E. The doctor's dilemma. In: Edwards, G. & Grant, M., ed. *Alcoholism treatment in transition,* London, Croom Helm, 1980.
13. GLASER, F.B. Anybody got a match? Treatment research and the matching hypothesis. In: Edwards, G. & Grant, M., ed. *Alcoholism treatment in transition,* London, Croom Helm, 1980.

14. HEATHER, N. & ROBERTSON, I. *Controlled drinking.* London, Methner Publishers, 1981.
15. MILLER, W.R. *The addictive behaviours.* New York, Pergamon Press, 1980.
16. GOVERNMENT OF HONG KONG, THE ACTION COMMITTEE AGAINST NARCOTICS. *Hong Kong narcotics report 1980. A decade of achievement, 1971–80.* Hong Kong, 1981.
17. MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE. *A brief account of drug abuse in Japan.* Tokyo, 1981.
18. COUNCIL OF EUROPE, EUROPEAN PUBLIC HEALTH COMMITTEE. *Final report on treatment of drug dependence.* Strasbourg, 1980.
19. AUSTRALIAN ROYAL COMMISSION OF INQUIRY INTO DRUGS, *Report.* Books A–F, Canberra, 1980.
20. UNITED NATIONS. *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961.* New York, 1973.
21. UNITED NATIONS. *Commentary on the Convention on Psychotropic Substances.* New York, 1971.
22. ADDICTION RESEARCH FOUNDATION. *Report of the International Working Group on the Convention on Psychotropic Substances, 1971.* Toronto, 1980.
23. REXED, B. ET AL. *Güidelines for the control of narcotic and psychotropic substances: in the context of the international treaties.* Geneva, World Health Organization, 1984.
24. *Alcohol control policies in public health perspective.* Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1975.
25. MOSER, J. *Prevention of alcohol-related problems: an international review of preventive measures, policies and programmes.* Toronto, Addiction Research Foundation, 1980.

* * *

الملاحـــق

ملحق ١ : قائمة المشاركين

ملحق ٢ : ملخص القوانين

ملحق ٣ : ببليوجرافيا مختارة

الملحق (١)
قائمة المشاركين

في اجتماع المجموعة الإستشارية لمنظمة الصحة العالمية بشأن التشريعات الخاصة بعلاج الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات. جامعة هارفرد - كامبردج بالولايات المتحدة الأمريكية.

٧ إلى ١٠ سبتمبر ١٩٨٢ و ٥ إلى ٧ أبريل ١٩٨٣

Dr S.K. Chatterjee,[2,3] Senior Lecturer in International Law and the Laws of European Institutions, Faculty of Law, City of London Polytechnic, London, England

Dr M.R. Chaudhry,[2] Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Mayo Hospital, Lahore, Pakistan

Dr H. Demone,[3] Dean, Rutgers University, New Brunswick, NJ, USA

Professor J.C. Ebie,[2] Provost, Aro Psychiatric Hospital, Aro, Abeokuta, Ogun State, Nigeria

Dr G.P. Harnois,[2,3] Director-General, Douglas Hospital, Montreal, Quebec, Canada

Mr D.C. Jayasuriya,[2,3] Attorney-at-law, Nawala, Sri Lanka

Professor J. Mendelson,[2] Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Dr W.J. Muya,[2] Mathari Hospital, Nairobi, Kenya

Dr O. Schroeder,[2] Ministerial Counsellor, Federal Ministry of Youth, Family Affairs and Health, Bonn, Federal Republic of Germany

Representatives of the United Nations and other intergovernmental organizations

International Narcotics Control Board, Vienna, Austria: Sir Edward Williams,[2] c/o Commonwealth Games Foundation, Brisbane, Queensland, Australia

United Nations Fund for Drug Abuse Control, Vienna, Austria: Mr G. di Gennaro,[2] Director

United Nations Social Defence Research Institute, Rome, Italy: Dr T. Asuni,[2] Director

Colombo Plan Bureau for Technical Cooperation, Colombo, Sri Lanka: Mr P. Abarro,[2] Drug Adviser

Representatives of WHO collaborating centres

Addiction Research Foundation, Toronto, Canada: Dr J. Blackwell[2]

National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD, USA: Dr D. Czechowics,[2] Acting Director, Community Assistance Division Dr J.P. Smith,[3] Assistant Director for International Activities

Representative of the International Council on Alcohol and Addictions Mr A. Tongue,[2,3] Executive Director

Observers

Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA: Dr W.E. McAuliffe,[3] Associate professor, Department of Behavioral Science Mrs G.K. White,[3] Medicolegal Coordinator

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, MD, USA: Mr L. Towle,[2,3] Chief, International and Intergovernmental Affairs

WHO Secretariat

Dr A. Arif,[2,3] Senior Medical Officer in charge of Drug Dependence Programme, Division of Mental Health, WHO, Geneva, Switzerland *(Secretary)*

Mrs S. Connor,[3] Legal Counsel, WHO Regional Office for the Americas/ Pan American Health Organization, Washington, DC, USA

Professor W.J. Curran,[2,3] Professor of Legal Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA, USA *(Chairman)*

Mr S.S. Fluss,[2] Health Legislation, WHO, Geneva, Switzerland

Dr M. Katatsky,[2] Regional Adviser in Alcoholism and Drug Dependence, WHO Regional Office for the Americas/Pan American Sanitary Bureau, Washington, DC, USA

Dr W.K. Mariner,[2,3] Assistant Professor of Health Law, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA

Mr J. Ording,[2] Senior Scientist, Alcohol Programme, Division of Mental Health, WHO, Geneva, Switzerland

Mr W.L. Porter, Health Law Firm of Norris and Norris, Boston, MA, USA *(Temporary Adviser)*

* * *

ملحق (٢)
ملخص القوانين

يضم هـذا الملحق نتائج الدراسـة المقارنـة للقـوانـين ويغـطي النصـوص القـانونيـة التي تحكم مختلف أشكال العـلاج. وقد قسمت المـادة الموضـوعيـة إلى ثلاث فئات هي :

- الحجز المدني الإجباري.
- التحويل من نظام القضاء الجنائي .
- التبليغ الاجباري، والتسجيل، والاختبار، والمراقبة الاجتماعية .

مـع ملاحـظة أن الأقـطار والقـوانـين التي خضعت للدراسـة واردة حسب ترتيبها (بالانجليزية) أبجديا، كما أننا قدمنا المعلومات الخاصة بكل منها في شكل قياسي باستخدام مجموعة من رؤوس الموضوعات المحـددة. وبهذه الـطريقة يمكن اجراء المقارنة بسهولة بين مختلف الأقطار والقوانين.

٢ ـ ١ الحجز المدني الإجباري

* الأرجنتين ARGENTINA

القانون: المادة ٤٨٢ من القانون المدني بالأرجنتين

١ ــ **الأسباب:** الأشخاص الذين يمكنهم ـ باعتبارهم مدمني مخـدرات ـ الاضرار بصحتهم أو صحة الغير، أو ازعاج الأمن العام .

٢ ــ **الطلب:** بناء على طلب من:
أ ــ زوجة غير مطلقة،

ب ــ أقارب الشخص المدمن،
جـ ـ أي شخص في المجتمع إذا أظهر الشخص المختل عنفاً أو ازعاجاً لجيرانه.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: يجوز للقاضي ـ بناء على طلب أي من الأشخاص المذكورين اعلاه ـ أن يأمر في جلسة مستعجلة بايداع مدمن المخدرات الذي يتطلب المساعدة، في مؤسسة مناسبة، ويجب أن يعيّن محام دفاع خاص لضمان ألا يستمر الحجز أطول من المدة اللازمة اطلاقاً أو حتى تجنبه إن تبين امكانية مساعدة المدمن بصورة مناسبة من قبل الشخص الذي يقتضي الأمر منه أن يقدم المساعدة.

٤ ــ **الفحص الطبي**: شهادة من مسئول طبي.
٥ ــ **برنامج العلاج**: (غير وارد)
٦ ــ **مدة الاستبقاء**: (غير وارد).
٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد).
٨ ــ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).
٩ ــ **اجراءات الخروج**: (غير وارد)

ملاحظة:

ينص القانون رقم ٣٣٢/٢٠ لسنة ١٩٧٣ على قيام المركز الوطني لاعادة التعليم ـ تحت اشراف وزارة الشئون الاجتماعية ـ بتقديم الرعاية المتخصصة للكبار والصغار من مدمني المخدرات من كلا الجنسين ممن يطلبون العلاج طواعية.

* استراليا (فيكتوريا) AUSTRALIA (VICTORIA)

القانون: القانون بشأن الأشخاص المعولين على المسكرات والمخدرات، الصادر في ١٨ ديسمبر ١٩٦٨

ملاحظة:

يلغى هذا القانون قانون المسكرات لسنة ١٩٥٨، ويوفر العلاج والتأهيل للأشخاص المعولين على المسكرات والمخدرات.

١ ــ **الأسباب**: شخص سكير أو معوّل على المخدرات يناسبه العلاج.
ــ «السكير» هو شخص «اعتاد تعاطي المشروبات المسكرة لدرجة تفقده القدرة على السيطرة على نفسه فيما يتعلق بتعاطي المشروبات المسكرة أو إلى درجة الخطورة على الصحة والسلامة والأمان لنفسه وللغير».
ــ «الشخص المعّول على المخدرات» هو شخص «اعتاد استعمال عقاقير الإدمان لدرجة تفقده السيطرة على نفسه فيما يتعلق باستعمال عقاقير الإدمان».

٢ ــ **الطلب**:
أ ــ عند تقديم شكوى إلى قاضي المحكمة العليا أو المحكمة الإقليمية أو أي قاض مكلف تفيد بأن شخصاً معيناً سكير أو معول على المخدرات، وبناء على اثبات «يتضمن على الأقل شهادة من طبيب ممارس مؤهل قانونياً» قام باجراء كشف طبي على هذاالشخص (خلال ٤٨ ساعة قبل تقديم هذه الشكوى) يدلل للقاضي على أن هذا الشخص فعلاً سكير أو معول على المخدرات، فإنه يجوز للقاضي إصدار أمر يقضي بايداع الشخص المشكو ضده في أحد مراكز التقييم.
ب ــ يجوز لأي من المذكورين بعد تقديم الشكوى المنوه عنها في البند (أ) أعلاه:
١ ــ الزوج أو الزوجة أو أحد أبوي الشخص المشكو ضده،
٢ ــ شريك في العمل،
٣ ــ الأخ أو الاخت أو الابن أو الإبنة ممن بلغوا السن القانونية،
٤ ــ أحد أفراد قوة الشرطة فوق رتبة كونستابل أو مسئول نوبة في مخفر الشرطة،

٥ ــ مسئول العمل الاجتماعي .

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار** : الطبيب المسئول في مركز التقييم حيثما شهد إثنان من الأطباء الممارسين المؤهلين قانونياً ، كتابة أن أي شخص أدخل مركز التقييم هو شخص سكير أو معول على المخدرات واتفق معهما في الرأي المدير الطبي المسئول عن المركز ، فإنه يجوز للمدير الطبي ، فيما لو اقتنع بأن ذلك الشخص يناسبه العلاج في مركز علاجي ، أن يصدر أمراً كتابياً بحجزه للعلاج في مركز علاجي .

ويشمل «المدير الطبي المسئول عن المركز» أي مسئول طبي معين أو مستخدم في المركز مرخص له كتابياً بواسطة المدير الطبي المسئول عن المركز باجراء الفحوصات لأغراض تطبيق القانون وحجز الأشخاص للعلاج في المراكز العلاجية .

٤ ــ **الفحص الطبي** : (راجع الفقرة ٣ أعلاه) .

٥ ــ **برنامج العلاج** : مع الخضوع لإشراف ومراقبة وزارة الصحة ، يجب توفير الخدمات ، أو اقامة وتجهيز المؤسسات التالية لرعاية وعلاج الاشخاص ممن هم ، أو ممن يحتمل أن يصبحوا ، معولين على المسكرات أو المخدرات ، وتأهيلهم في المجتمع .

أ ــ خدمات البحث والوقاية .

ب ــ مستشفى العلاج نهاراً ، وخدمات العلاج الخارجي ، والخدمات الاجتماعية .

جـ ــ مراكز الاستقبال والتقييم لاستقبال وتقييم وتصنيف الاشخاص المعولين على المسكرات والمخدرات .

د ــ عيادات ومراكز علاج مع الإقامة لرعاية العجزة من المعولين على المسكرات والمخدرات .

هـ ــ عيادات ومراكز اقامة لإتمام تأهيل الأشخاص المعولين على المسكرات والمخدرات .

و ــ مصحات للإقامة لفترات محدودة للأشخاص المعـولين عـلى المسكرات والمخدرات الذين تم تأهيلهم.

ز ــ مـراكز حجـز لحجز، والتحفظ عـلى، وعلاج الأشخـاص المدانـين في جرائم قد كان السكر أو ادمان المخدرات عنصـراً أو طرفاً رئيسياً فيهـا أو أسهم في ارتكاب الجريمة.

ح ــ أي خدمات أخرى يرى الوزير أنها مناسبة.

ــ ويعني «مـركز العـلاج» أي عيادة أو مـركز اقـامـة لـرعـايـة الأشخـاص العاجزين من المعولين على الخمر أو المخدرات أو أي عيادة أو مركز اقامة لإتمام تأهيل الاشخاص المعولين على الخمر والمخدرات، ولكنه لا يشمل مركز الحجز.

٦ ــ **مدة الاستبقاء:** سبعة أيام وتضاف إليها سبعة أيام أخرى وفقا لتـوجيه صـادر عن المدير الطبي المسئول عن مركز التقييم.

٧ ــ **الاستئنـاف:** يحق للشخص المحجوز في مـركز عـلاجي لعـلاجـه كشخص معول على الخمر أو المخدرات أن يستأنف ضد أمر حجزه في جميع الحـالات كما لو كان الأمر الذي أصدره المسئول الطبي بحجـز هذا الشخص في مـركز علاجي قد صدر عن قاض وجّـه هذا الشخص إلى مـركز التقييم الـذي تم حجزه منه وكما لو كان القاضي قد أصدره أمـره خلال جلسـة قانـونية محـددة بـالمحكمة العليـا أو المحكمة الاقليميـة أو محكمـة الأمـور العـاجلة (حسب اللزوم) في المكان الذي صدر فيه الأمر.

٨ ــ **المراجعة الدورية** (غير وارد).

٩ ــ **إجراءات الخروج** : يجوز للطبيب المسئول عن مركز علاجي أن يصدر أمراً بخروج شخص معول على الخمر أو المخدرات محجوز بهذا المركز أو مرخص له بالتغيب عنه وذلك على سبيل التجربة أو بناء على تعهد بالعودة .

* بنجلادش BANGLADESH

ملاحظة: لا يوجد في الوقت الحالي قوانين خـاصة بـالعلاج الاجبـاري أو

الطوعي للمعولين على المخدرات على الرغم من أن الأشخاص المختلّين عقلياً نتيجة استعمال العقاقير المخدرة يتم حجزهم اجبارياً بموجب قوانين الصحة النفسية.

ويتضمن مشروع قانون جديد بشأن العقاقير المخدرة نصوصاً تقضي بعلاج وتأهيل الأشخاص المعولين على المخدرات.

* بورما BURMA

القانون:

ـ قانون المخدرات والعقاقير الخطرة لسنة ١٩٧٤.

ـ اللوائح التنفيذية بشأن المخدرات والعقاقير الخطرة لسنة ١٩٧٤.

١ ـ الأسباب:

أ ـ إدمان العقاقير المخدرة والخطرة.

ب ـ الإستعمال العارض لهذه العقاقير.

- وتعني عبارة «مدمن» كل شخص لديه رغبة قوية في تعاطي العقاقير المخدرة والخطرة، عاجز عن الامتناع عن استعمالها، ويعاني من الأعراض المتلازمة للامتناع عندما لا يتعاطاها.
- وتعني عبارة «المستعمل العارض» كل شخصي يتعاطى العقاقير المخدرة والخطرة بشكل عارض (للمشاركة أو البهجة) وفي حالة عدم تعاطيها، لا تظهر عليه الأعراض المتلازمة للامتناع عن المخدرات.

٢ ـ الطلب: الطبيب المسئول بمختلف العيادات والمستشفيات، وذلك وفقاً للنظم المقررة لتسجيل المدمنين.

٣ ـ سلطة اتخاذ القرار: «مجلس تسجيل والاشراف على العلاج الطبي لمدمني المخدرات» والذي يؤدي المهام التي أوكلها إليه قانون يقضي بأن تشدد الحكومة على ضرورة العلاج الطبي الاجباري لكافة مدمني المخدرات.

٤ ـ الفحص الطبي: (غير وارد).

٥ ــ **برامج العلاج:**

أ ــ المدمن: على الطبيب المسئول بالمستشفى تقديم العلاج وفقا للأساليب التي قررتها التوجيهات الحكومية وحتى يتم شفاء المريض المدمن. ويتوفر هذا العلاج في مراكز طبية متخصصة. كما يجوز ايداع المجرمين المحكومين ـ عند اللزوم ـ في مستشفيات السجون للعلاج.

ب ــ المستعمل العارض: يقدم له العلاج إذا اقتضى الأمر.

وتصدر وزارة الصحة الخطوط الرئيسية لتقديم العلاج الطبي. ويتألف العلاج الطبي (لم نجد لذلك تعريفاً محدداً) من «تدابير» تتخذها الحكومة حتى لا تتدهور حالة المدمن والمستعمل العارض. وإنما على العكس يتم تأهيلهم وتمكينهم من أداء نصيبهم من واجباتهم في الدولة كل في مجال عمله الذي اختاره. ويخول القانون للحكومة اتخاذ خطوات (بعد الحصول على المساعدة اللازمة) لتأهيل مستعملي المخدرات بكل الوسائل بحيث يمكنهم عند شفائهم بعد تلقي العلاج الطبي أن يسأنفوا وجودهم في المجتمع كمواطنين نافعين.

٦ ــ **مدة الاستبقاء:** (غير وارد).

٧ ــ **الاستئناف:** (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية:** (غير وارد).

٩ ــ **اجراءات الخروج:** (غير وارد).

* كندا (كولومبيا البريطانية)

CANADA (BRITISH COLUMBIA)

القانون: قانون علاج مدمني الهيروين لسنة ١٩٧٩ (الفصل ١٦٦ من التشريعات المنقحة في كولومبيا البريطانية).

١ ــ **الأسباب:** الاحتياج إلى علاج بسبب التعويل على المخدرات.

ــ جاء تعريف «العقاقير المخدرة» بأنها الهيروين (دياستيل مورفين) ومشتقات الأفيون الأخرى، والأفيون، والميثادون (٦ ـ دياميثايلامينو ـ

٤ ، ٤ ـ ديافينيل ـ ٣ ـ هيبتانون)، وأي مادة لها نفس خواص المورفين يقررها القانون وكذا أي شيء يحتوي أياً من هذه المواد.

ــ جاء تعريف «التعويل» فيما يتصل بالمواد المخدرة، بأنه حالة الإعتماد النفسي أو الجسماني أو كلاهما على مادة مخدرة عقب تعاطيها على أساس دوري أو مستمر.

٢ ــ **الطلب**: يطلب المدير المسئول في مركز التنسيق بالمنطقة من المحكمة اصدار أمرها الذي يقضي بأن شخصاً بحاجة إلى العلاج من التعويل على المخدرات .

ملاحظة: النصوص التالية تحكم الحضور لمراجعة مراكز التنسيق بالمنطقة.

أ ــ حيثما اعتقد ضابط أمن لأسباب معقولة أن شخصاً يعولّ على المخدرات، يجوز له أن يرسل للشخص اشعاراً كتابياً يحدد فيه التاريخ والوقت (بحيث لا يقل عن ٢٤ ساعة ولا يزيد عن ٤٨ ساعة من وقت ارسال الإشعار) الذي يتعين فيه على الشخص الحضور والخضوع للفحص في مركز التنسيق بالمنطقة المحددة في الإشعار.

ب ــ لمدير مركز التنسيق بالمنطقة المحددة في الإشعار وفقاً للبند (أ) الاختيار المطلق سواء بناء على طلب الشخص الذي أرسل إليه الاشعار، أو بناء على مبادرة شخصية منه، بأن يسلّم الشخص اشعاراً كتابياً يطلب الى الشخص الحضور والخضوع للفحص في مركز التنسيق بالمنطقة في تاريخ أو موعد لاحق يتم تحديده.

جـ ــ إذا لم يلتزم الشخص بالاشعار الذي سلم إليه وفقا للبندين (أ)، (ب)، يجوز لمجلس مراقبة التنسيق أن يطلب من جانبه إلى القاضي أن يصدر أمراً قضائياً يخول ضابط الأمن وضع الشخص تحت التحفظ ونقله إلى مركز التنسيق بالمنطقة، ويجوز للقاضي أن استشعر أن الإشعار قد سلم إلى الشخص المعني طبقاً للبندين (أ)، (ب)، وأن الشخص لم يتقيد بالإشعار، أن يصدر هذا الأمر القضائي.

د ــ في الطلب المقدّم بموجب البند (جـ):

١ ــ تعتبر الشهادة الموقعة من ضابط الأمن أو مدير مركز التنسيق بالمنطقة بأنه سلّم الاشعار الكتابي إلى الشخص دليلاً، في غيبه ما يثبت عكس ذلك، على أنه سلّم الاشعار الكتابي إلى الشخص فعلا.

٢ ــ تعتبر الشهادة الموقعة من مدير مركز التنسيق بالمنطقة بأن الشخص المسمى في الإشعار لم يراجع مركز التنسيق دليلاً، في غيبة ما يثبت عكس ذلك، على أن الشخص لم يلتزم بالإشعار.

هـ ــ تعتبر الشهادة المقدمة بموجب البند (د) مثبتة للبيانات التي تحويها الشهادة بدون الحاجة إلى التدليل على صحة التوقيع بالصفة الرسمية للشخص الذي يبدو أنه وقع على الشهادة.

وتطبق النصوص التالية بشأن حجز المرضى:

أ ــ حيثما يرخص القانون أو يقضي بوجوب حجز مريض، فإنه يجوز لضابط الأمن ـ بدون مذكرة توقيف ـ أن يأخذه إلى مركز علاجي لحجزه به،

ب ــ يجوز للمدير أن يوافق كتابة على أن يتغيب الشخص المحجوز من المركز العلاجي، حيثما كان غيابه لازماً لأسباب طبية.

جـ ــ يجوز للمدير أن يطلب كشرط للموافقة طبقا للبند (ب) أن يصحب المريض مُرافق، ويجب على المرافق توجيه ومراقبة المريض أثناء غياب المريض من المركز العلاجي.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: المحكمة العليا.

٤ ــ **الفحص الطبي**: تشكيل مجموعة تقييم كالآتي:

أ ــ يتولى نائب حاكم المقاطعة تزويد كل مركز تنسيق بالمنطقة بقائمة أسماء الأشخاص من الأطباء الممارسين والأطباء النفسانيين المسجلين طبقاً لقانون الطب النفسي وغيرهم من الأشخاص المؤهلين للمشاركة في مجموعة تقييم، وعلى نائب حاكم المقاطعة تعيين شخص من المذكورين بالقائمة يتولى مهام الرئيس وشخص آخر نائبا لرئيس مجموعة التقييم.

ب ــ تشكل مجموعة التقييم بناء على دعوة الرئيس أو نائب الرئيس من ضمن القائمة المشار إليها في البند (أ) ويجب أن تضم في عضويتها اثنان من الأطباء الممارسين وعضو آخر على الأقل، ويجوز ـ ولكن ليس بالضرورة ـ أن تضم الرئيس أو نائب الرئيس المعينين وفقا للبند (أ) أعلاه.

والنصوص التالية تحكم الفحص الطبي نفسه:

أ ــ حيثما راجع شخص مركز التنسيق بالمنطقة لاجراء الفحص، يجب أن تقوم مجموعة التقييم بالمركز بتوقيع الكشف الطبي والنفسي عليه، ويجوز أن تأمر بحجزه لمدة ٧٢ ساعة أو لمدة أقل من ذلك حسبما يأمر به المدير المسئول في مركز التنسيق بالمنطقة.

ب ــ يجب أن تقدم مجموعة التقييم خلال ٦٠ ساعة من دخول الشخص الى مركز التنسيق بالمنطقة لإجراء الفحص، تقريرا كتابيا إلى المدير المسئول بالمركز لتقرير ما إذا كان الشخص بحاجة إلى العلاج من التعويل على المخدرات أم لا، وحيثما أفاد الرأي بحاجته إلى العلاج، يجب أن تقدم المجموعة توصياتها إلى المدير فيما يتعلق بالعلاج.

جـ ــ ليس ضرورياً عند فحص الشخص أن يقوم كل أعضاء المجموعة شخصيا بفحصه، كما أنه ليس من الضروري أن يتواجد كل أعضاء المجموعة المكلفين بفحصه في نفس الوقت ـ ولكي يكونّوا رأيهم ويعدوا تقريرهم وتوصياتهم بموجب هذه المادة يمكنهم الاعتماد على التحاليل والاختبارات التي تمت بتوجيه عضو من مجموعة التقييم بمعرفة أحد العاملين بالمجلس أو شخص آخر.

د ــ يجب على المدير المسئول بمركز التنسيق بالمنطقة فور استلام التقرير أن يسلم نسخة منه إلى الشخص الذي جرى فحصه وكذا أي توصيات صادرة عن مجموعة التقييم.

هـ ــ حيثما وافق شخص تم فحصه على العلاج بموجب موافقة كتابية، فإنه يجوز

للمدير المسئول بمركز التنسيق بالمنطقة حجزه للعلاج فوراً دون طلب إلى المحكمة.

و ــ حيثما ذكر تقرير أعضاء المجموعة المكلفين بالتقييم أن شخصاً جرى فحصه بحاجة للعلاج، ولم يتم حجز هذا الشخص وفقاً للبند (هـ) أعلاه، يجب على المدير المسئول بمركز التنسيق بالمنطقة أن يتقدم بطلب إلى المحكمة لاستصدار أمر يقضي بأن الشخص يحتاج للعلاج من التعويل على المخدرات.

ز ــ يجب أن يسلم الإشعار الذي يحدد وقت ومكان الطلب إلى الشخص موضوع الطلب شخصيا.

حـ ــ حيثما اقتنعت المحكمة ـ بعد عقد جلسة استماع بشأن طلب مقدم بموجب هذه الأحكام ـ بأن شخصا بحاجة إلى علاج من التعويل على المخدرات، يجب أن تأمر بحجزه للعلاج.

٥ ــ **برنامج العلاج :**

أ ــ على المدير أن يضع البرامج اللازمة لعلاج المرضى، ويمكن تصميم تلك البرامج لعلاج المرضى بشكل عام أو علاج المرضى فرادى كل على حدة.

ب ــ يجب أن يستغرق برنامج علاج المريض ثلاث سنوات متتالية، ويمكن أن يشتمل على بعض أو كل ما يأتي :

١ ــ بناء على توجيهات المدير، حجز المريض في مركز علاجي لمدة لا تزيد على ستة شهور متتالية.

٢ ــ مراجعة عيادة علاجية في أوقات أو على فترات لا تزيد في مجموعها على سنة واحدة أو حسبما يأمر به المدير.

٣ ــ المراقبة والتوجيه وفقا للنوع والمدة التي يتطلبها المدير.

جـ ــ يحدد الحجز لفترة اجمالية مدتها ستة شهور.

ر ــ يجوز للمدير المسئول في وقت ما عن برنامج علاج مريض أن يغيّر العلاج، وإنما لا يجوز له تقصير أو الغاء متطلبات الحجز أو تغيير أي توجيه صادر عن مجلس المراجعة (انظر الفقرة ٨).

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: راجع الفقرة (٥) أعلاه.

٧ ــ **الاستئناف**: يجوز تقديم استئناف إلى المحكمة الاستئنافية ضد الأمر الصادر عن المحكمة العليا.

٨ ــ **المراجعة الدورية**:

أ ــ على نائب محافظ المقاطعة تعيين مجلس المراجعة من عدد لا يقل عن خمسة أعضاء على أن يكون أحدهم على الأقل طبيب ممارس، وأن يعين كذلك أحد الاعضاء رئيساً.

ب ــ مدة تعيين العضو ثلاث سنوات.

جـ ــ يتكون النصاب القانوني للمجلس من طبيب ممارس واحد وعضوين آخرين.

ــ ويجوز للمجلس بناء على طلب المدير، وبعد الاستماع إلى كل من المدير والمريض، أن يصدر توجيهاً بتجديد مدة علاج المريض بموجب البند (٥) لأكثر من الستة شهور المنوه عنها لحاجة المريض للعناية أثناءها.

٩ ــ **اجراءات الخروج**: انظر الفقرة (٥) اعلاه.

* كندا (نوفا سكوتيا)

CANADA (NOVA SCOTIA)

القانون: قانون العقاقير المخدرة لسنة ١٩٦٧ (الفصل ٢٠٥ من القوانين المنقحة في مقاطعة نوفا سكوتيا).

ملاحظة: نذكّر بأن هذا القانون غير مستعمل حالياً.

١ ــ **الأسباب**: الشخص الذي يعتبر «مدمناً».

تعني «المدمن» كل شخص يدمن على سوء استعمال الكوكايين أو الأفيون أو مشتقاتها أو أي عقار مخدر آخر مدرج حالياً في ملحق قانون الأفيون والعقاقير المخدرة (كندا).

٢ ـ **الطلب**: وزير الصحة العامة أو الشخص المكلف بتطبيق القوانين المتعلقة بالصحة العامة في مقاطعة (نوفا سكويتا).

حيثما تم إخطار الوزير عن صدق بأن مدمنا يقيم في مقاطعة نوفا سكويتا فإنه يجوز له اشعار هذا المدمن كتابة بضرورة استشارة ممارس طبي مؤهل قانونيا وأن يخضع نفسه للعلاج خلال مدة يحددها الوزير، وأن يستمر في تلقي هذا العلاج حتى يشفى.

فإن لم يقدم المدمن نفسه للعلاج خلال المدة التي حددها الوزير، أو لم يستمر في العلاج حتى تمام الشفاء،أو إذا أخفق العلاج في تحقيق الشفاء، فإنه يجوز للوزير ابلاغ هذه الظروف لأي جهة قضائية مختصة، وبناء عليه تجري التحريات اللازمة وفقا لما يتراءى لها.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: أي قاض، فإذا بدا في رأيه أنه من الأفضل للصالح العام أن يحجز المدمن في مؤسسة للعلاج، فإنه يجوز له اصدار الأمر بحجز وعلاج مثل هذا الشخص في أي مستشفى أو سجن أو محل اعتقال في المقاطعة.

تعني «القاضي» قاضي الأمن وتشمل قاضيين أو أكثر حيثما اقتضى العمل أو نطاق الاختصاص وجود قاضيين أو أكثر، وكذا قاضي الشرطة وقاضي الصلح وأي شخص له سلطة أو صلاحيات اثنين أو أكثر من قضاة الأمن.

٤ ـ **الفحص الطبي**: (انظر الفقرة (٢) اعلاه).

٥ ـ **برنامج العلاج**: يجب على كل مستشفى أو سجن أو محل اعتقال تحدّده اللوائح التنظيمية الصادرة عن حاكم المقاطعة أن تعمل بصورة فعالة لتوفير الفحص والعلاج والحجز الذي يتطلبه المدمنون الذين يأمر أي قاض بحجزهم في تلك المؤسسات.

٦ ـ **مدة الاستبقاء**: (غير وارد).

٧ ـ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ـ **المراجعة الدورية**: (غير وراد).

٩ ـ **اجراءات الخروج**: (غير وارد).

* كولومبيا COLUMBIA

القانون: المرسوم التشريعي رقم ١١٨٨ في ٢٥ يونيو ١٩٧٤ باصدار القانون الوطني بشأن العقاقير المخدرة.

١ ـ **الأسباب**: الأشخاص الذين ـ دون ارتكاب أي من الجرائم التي ينص عليها هذا المرسوم ـ يُعانون من آثار تعاطي المخدرات أو المواد التي تؤدي إلى التعويل الجسماني أو النفسي.

ـ يعني «التعويل الجسماني» حالة من التكيف مع المخدر أو المادة المخدرة بحيث تخلق حاجة عضوية إليها.

ـ يعني «التعويل النفسي» الاستعمال الاضطراري والاعتيادي للمخدر أو المادة المخدرة.

٢ ـ **الطلب**: يجب ارسال هؤلاء الأشخاص إلى المؤسسات المدرجة في المادتين (٤) و (٥) من المرسوم رقم ١١٣٦ لسنة ١٩٧٠ (وهي العيادات أو المصحات أو المستشفيات).

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: وفقا لما ورد في المادتين (٤) و (٥) من المرسوم رقم ١١٣٦ لسنة ١٩٧٠ (يخضع ادخالهم في المؤسسات العلاجية لاجراء تقييم طبي لحالتهم).

٤ ـ **الفحص الطبي**: (انظر الفقرة رقم (٣) أعلاه).

٥ ـ **برنامج العلاج**: الهدف الرئيسي من الاجراءات الصحية والاجتماعية لعلاج وتأهيل مدمني المخدرات هو تمكين الفرد من أن يصبح مرة أخرى عضوا نافعا في المجتمع. ويجب على وزارة الصحة أن تدرج ضمن برامجها توفير الخدمات اللازمة للوقاية من ادمان المخدرات، وكذا علاج وتأهيل المدمنين. ويجب تقديم العلاج في مؤسسة عامة باستثناء الحالات التي يطلب فيها المريض أو أسرته علاجه في مستشفى خاص وعلى نفقته الخاصة.

٦ ـ **مدة الاستبقاء**: (غير وارد).

٧ ــ **الاستئناف**: يمكن لأي شخص تقديم طلب إلى الحاكم الإقليمي لمراجعة حالته، ويجب أن يصدر الحاكم قراره خلال ٣٠ يوماً.

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٩ ــ **اجراءات الخروج**: يجب أن يسبق إنهاء العلاج رأي طبي يوافق على ذلك.

* فنلندا FINLAND

القانون: القانون رقم ٩٦ في ١٠ فبراير ١٩٦١ بشأن علاج الاشخاص الذين يسيئون استعمال المسكرات.

١ ــ **الأسباب**: ينطبق هذا القانون على الأشخاص المعتادين على تعاطي الخمر أو الذين يتكرر سوء استعمالهم للمواد الكحولية أو غيرها من المسكرات، إذا كان هؤلاء:

أ ــ يظهرون عنفاً واضحاً، أو يعتدون على أزواجهم أو أولادهم، أو يمثلون خطراً على أنفسهم أو على الصحة والسلامة الشخصية للغير.

ب ــ تمت إدانتهم خلال الإثني عشر شهراً السابقة بتهمة قيادة السيارة أو أي مركبة أخرى وهم في حالة سكر بيّن أو تحت تأثير المسكرات.

جـ ــ يسببون ازعاجاً شديداً أو فعلا فاضحاً في مساكنهم أو في أي مكان آخر.

د ــ جعلوا أنفسهم لثلاث مرات أو أكثر خلال الإثني عشر شهراً السابقة عرضة لتطبيق الاجراءات التي ينص عليها القانون الجنائي لعدد من الجرائم الجنائية.

هـ ــ يهملون رعاية وتوفير احتياجات أي شخص يُلزمهم القانون أو أمر قضائي أو اتفاق معين باعالته، أو يتكرر منهم إهمال العمل الذين يعتمدون عليه في كسب أرزاقهم.

و ــ يصبحون عبئاً على أقاربهم أو أي أشخاص آخرين قريبين منهم.

ز ــ يحتاجون إلى مساعدة اجتماعية.

ملاحظة: إذا لم يمكن من خلال المراقبة ارغام شخص يحتاج العلاج

(كالمنوه عنه في البند ١ ـ أ) على الامتناع عن سوء استعمال المسكرات، فيجب استصدار أمر بحجز هذا الشخص في مؤسسة علاجية.

وكل شخص بحاجة للعلاج (كالمنوه عنه في البند ١ ـ أ) ويعتبر خطراً، يجب استصدار أمر بحجزه للعلاج في مؤسسة علاجية حتى بلا مراقبة مسبقة إذا لم يكن هناك ما يؤكد حصوله على العلاج بطرق أخرى. وكل شخص آخر خلاف الذي يحتاج العلاج (كالمنوه عنه في البند ١ ـ أ) يمكن أيضاً استصدار أمر بحجزه في مؤسسة علاجية إذا تبين أن تلك هي الطريقة الوحيدة لارغامه على الامتناع عن سوء استعمال المسكرات.

وإذا أصبح شخص يحتاج العلاج (كالمنوه عنه البند ١ ـ أ) شديد الخطورة بحيث أنه يجب اتخاذ اجراءات أمنية عاجلة بحق هذا الشخص حتى من قبل البدء بتنفيذ أي تدابير (بموجب هذا القانون)، فإن سلطات الشرطة تكون مخولة بتطبيق مثل هذه الاجراءات.

وإذا كانت الحاجة إلى العلاج في مؤسسة علاجية عاجلة وملحة بصفة خاصة لأسباب أخرى، فإنه يجوز ارسال الشخص المحتاج للعلاج لمدة لا تزيد على شهر واحد إلى مؤسسة علاجية أو مستشفى أو أي منشأة مماثلة بعد الحصول على موافقة رئيس مجلس الرعاية الاجتماعية أو الإدارة المختصة، حتى قبل أن تتخذ سلطات الحكومة الإقليمية أو وزارة الشئون الاجتماعية قرارها النهائي.

وبموجب هذا القانون، تشمل المسكرات إلى جانب المواد الكحولية، أي عقاقير أو مواد أخرى قادرة على أن تثير في الأشخاص الذين يستعملونها حالة من السُكر أو حالة شبيهة بذلك.

٢ ــ **الطلب**: يعتبر مجلس الرعاية الاجتماعية مسئولا عن الإدارة العامة للعلاج في الكوميون (وحدة التقسيم الإداري) كالموضح في هذا القانون.

ويتقدم مجلس الرعاية الاجتماعية بصفة خاصة بطلبات عن الأشخاص الذين يحتاجون العلاج حتى يتم حجزهم في مؤسسة علاجية ويتخذ

الخطوات اللازمة لتنفيذ القرارات التي يتم الموافقة عليها على أساس تلك الطلبات.

ويرفع طلب استصدار أمر حجز للعلاج في مؤسسة علاجية إلى الحكومة المحلية في الإقليم، ويجوز تقديمه بواسطة مجلس الرعاية الاجتماعية وقائد الشرطة الذي يقيم الشخص الذي يحتاج العلاج في دائرة اختصاصه، أو يتواجد أو يتم العثور عليه في حالة سكر بيّن فيها.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: الحكومة الإقليمية.

٤ ـ **الفحص الطبي**: (غير وارد) باستثناء القول بأنه يجب على الشخص الخاضع للمراقبة حيثما لزم الأمر ـ أن يحصل على الفحص الطبي والعلاج.

٥ ـ **برنامج العلاج**: اجراءات العلاج المنصوص عليها بهذا القانون والتي تطبق عند الضرورة وبالشكل الذي يناسب كل حالة فردية على حدة هي:
أ ـ النصح والإرشاد.
ب ـ المراقبة.
جـ ـ العلاج في مركز أو مؤسسة متخصصة.

والهدف من اجراءات العلاج هو مساعدة الأشخاص الذين يحتاجون علاجاً على الامتناع عن سوء استعمال المسكرات وتجنب المخاطر المترتبة عليها سواء على أنفسهم وعلى الغير. ولا تطبق اجراءات العلاج المنصوص عليها بهذا القانون إن وجدت غير مناسبة لحالة نقص أو اختلال عقلي أو جسدي حادة أو مزمنة في شخص يسيء استعمال المسكرات.

وفي حالة تطبيق العلاج سواء خارجياً أو داخل المؤسسات، يجب أن نولي اهتماماً خاصاً بقدر الإمكان بما يلي:

أ ـ أن اجراءات العلاج تقوم على أساس أن الشخص المعني سعى بنفسه للحصول على هذا العلاج بارادته الحرة واختياره.

ب ـ الأسباب التي استدعت العلاج، والاعتبارات الفردية، والنصح والمساعدة لأفراد أسرة الشخص.

جـ ــ حفز و تشجيع الإحساس بالثقة والمسئولية، وكذا الجهد الشخصي والموقف الايجابي من جانب الشخص الذي يتلقى العلاج.
د ــ استخدام الأساليب الطبية للعلاج، والتعاون مع السلطات الطبية.

وحيثما اعتبرت النصيحة والإرشاد ضروريين ومناسبين، فيجب أن يتلقى الشخص المحتاج للعلاج ما يلي بقدر الامكان:
أ ــ المساعدة على فهم المخاطر التي ينطوي عليها سوء استعمال المسكرات،
ب ــ تمكينه من الاتصال برفاق مناسبين وأنشطة لقضاء وقت الفراغ،
جـ ــ مساعدته في العثور على المسكن والعمل،
د ــ تحويله للعلاج الخارجي أو أي نوع آخر متخصص، أو إلى العلاج في مستشفى، أو في مؤسسة أو أي مركز آخر يناسب حالته،
هـ ــ مساعدته بالطريقة الملائمة على الامتناع عن سوء استعمال المسكرات.

فإذا لم تفلح الاجراءات المشار إليها بشكل واضح في منحه المساعدة الملائمة والكافية، فإنه يجب وضع الشخص المحتاج للعلاج تحت المراقبة التي يجب أن تستمر لمدة عام واحد. فإذا ظهر خلال هذه المدة أن المراقبة لم تقدم المساعدة الملائمة والكافية، يجوز تجديد تلك المدة لفترة أخرى لا تزيد عن عام واحد.

ويجوز ايقاف المراقبة قبل انتهاء المدة المحددة شريطة أن يكون من المرجّح ألا يعود الشخص المحتاج للعلاج، إن كان قد تم تسريحه من المراقبة قبل الموعد المحدد، إلى سوء استعمال المسكرات. ويجب على الشخص المحتاج للعلاج والموضوع تحت المراقبة أن يحصل على الآتي:
١ ــ الفحص الطبي والعلاج ـ حيثما لزم الأمر،
٢ ــ في أوقات معنية أو حسبما يتم تحديده، عليه أن يحضر ـ لدى استدعائه ـ أمام مسئول الرعاية الاجتماعية أو المرجع أو المراقب الذي يُعنيه مجلس الرعاية الاجتماعية، وذلك لتقديم المعلومات اللازمة لأغراض المراقبة.
٣ ــ التقيد بالتعليمات المعطاة له فيما يتعلق بمحل اقامته أو مسكنه.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: كل شخص يصدر بشأنه أمر حجز في مؤسسة علاجية يجب

حجزه بها لمدة سنة واحدة. فإذا كان قد تلقى علاجاً في مثل هذه المؤسسة وفقا لأمر حجز رسمي سابق خلال السنوات الثلاث السابقة على أمر الحجز الجديد، فيجب حجزه بهذه المؤسسة لمدة سنتين.

٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٩ ــ **اجراءات الخروج**: يجوز الأمر بخروج مشروط للشخص الذي سبق ايداعه في مؤسسة علاجية بموجب أمر حجز وذلك قبل انتهاء المدة المنصوص عليها في الفقرة (٦) اعلاه، إذا كان مرجحاً أنه بعد خروجه من المؤسسة لن يعود إلى سوء استعمال المسكرات أو إذا وجدت ظروف أخرى تبرر ذلك.

ويخضع الشخص الذي تم ايداعه في مؤسسة علاجية بأمر حجز للمراقبة وفقا للمنصوص عليه بالفقرة (٥) أعلاه لمدة سنة واحدة عقب خروجه النهائي أو المشروط منها. ويجوز ايقاف المراقبة قبل التاريخ المعين لها إن كان ذلك مناسباً.

ويجوز اعادة الشخص الذي أذن له بخروج مشروط من مؤسسة علاجية مرة أخرى إلى تلك المؤسسة خلال فترة المراقبة في حال عودته إلى سوء استعمال المسكرات. وفي تلك الحالات، يجب الا يتجاوز حجزه في المؤسسة مدة أطول من الفترة المتبقية أصلا لحجزه في وقت خروجه المشروط منها.

* جمهورية المانيا الاتحادية (بافاريا)

FEDERAL REPULIC OF GERMANY (BAVARIA)

القانون: قانون ايداع المصابين بأمراض عقلية ورعايتهم في المستشفيات الصادر في ٢٠ ابريل ١٩٨٢ (قانون الايداع بالمستشفى).

١ ــ **الأسباب**: الأشخاص المصابين بمرض عقلي أو يعانون من اضطرابات نفسية بسبب عجز عقلي أو إدمان، ويشكلون بالتالي خطراً جسيماً على السلامة العامة والنظام العام يجوز ايداعهم ـ بموافقتهم أو بدونها ـ في مستشفى الأمراض النفسية أو أي مؤسسة اخرى مناسبة. ويكون الايداع في المستشفى أيضاً مقبولاً بصفة خاصة إن كان الشخص يمثل خطراً كبيراً

على حياته أو صحته الذاتية. ولا يصدر أمر الحجز بالمستشفى إلا إذا ثبت عدم امكانية تجنب الخطر عن طريق اجراءات أقل تشدداً.

٢ ـ **الطلب**: السلطة الإدارية المختصة في المحافظة أو المدينة.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: السلطة المحلية.

٤ ـ **الفحص الطبي**: مطلوب رأي خبير من ممارس طبي يتبع السلطات الصحية، ويجب على الممارس أن يشرح كذلك لماذا لم يمكن تجنب الحجز بالمستشفى واستعمال علاجات أخرى (الحجز هو الحل الوحيد).

٥ ـ **برنامج العلاج**: يقدم العلاج في مستشفى الأمراض النفسية أو مؤسسة أخرى مناسبة مثل المؤسسات المختصة بعلاج المعولين على المسكرات والأشخاص المدمنين الآخرين والتي قد تختلف في نظامها عن المستشفى النفسي تماماً. وتلتزم المستشفيات بقبول الأشخاص الذين يجب حجزهم طالما توفرت لديها المرافق اللازمة لوضعهم تحت التحفظ بأمان. ويحق للشخص المحجوز أن يعالج كمريض وأن يتلقى العلاج اللازم للشفاء.

٦ ـ **مدة الاستبقاء**: في حالة حجز شخص بناء على هذا القانون، يجب أن ينص أمر المحكمة على فترة محددة بحيث لا تتجاوز ستة شهور.

٧ ـ **الاستئناف**: هناك «حق الاستئناف الفوري» ضد قرار المحكمة.

٨ ـ **المراجعة الدورية**: كل ستة شهور.

٩ ـ **اجراءات الخروج**: المواد ٣٢ ـ ٣٥.

* جمهورية المانيا الاتحادية (هامبورج)

FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY (HAMBURG)

القانون: القانون الصادر في ٢٢ سبتمر ١٩٧٧ بشأن المساعدة والاجراءات الوقائية المتعلقة بالأمراض العقلية.

١ ـ **الأسباب**: الأشخاص الذين يعانون من هوس عقلي، أو من اختلال عقلي يشبه في آثاره الهوس العقلي أو من التعويل على المخدرات، أو من التخلف العقلي لا يجوز حجزهم إلا لو كان سلوكهم تجاه أنفسهم أو الغير بسبب

اختلالهم أو مرضهم يشكـل تهديـداً للسلامـة والأمن والنظام العـام لايمكن تجنبه بأي طرق أخرى، أو أن سلوكهم يمثـل تهديـدا دائماً ولا يمكن تجنـه إلى درجـة يخشى معهـا أن يؤدي بهم إلى الانتحـار أو الاضرار بصحتهم بصـورة خطرة، وبحيث لا تزيد مدة الحجز عن الفترة التي يستغرقها التغلّب على مثل هذا السلوك. ولا يُشكل عدم الرغبة في الخضوع للعلاج في حد ذاته سبباً للحجز.

٢ ــ **الطلب**: السلطة الادارية المختصة في المحافظة أو المدينة.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: المحاكم المحلية.

٤ ــ **الفحص الطبي**: تقييم خبير لحالة الشخص المعني.

٥ ــ **برنامج العلاج**: تتألف مساعدة المرضى بأمراض عقليـة من إسداء النصـح الشخصي طبياً ونفسياً واجتماعياً، وتكييف الرعاية وفقا لحالة المـريض بحيث تستهدف تمكينه من الحياة في المجتمع بـطريقة تتفق مـع كرامتـه الانسانيـة ـ وتتضمن تلك المساعدة أيضاً تقديم العون والمسانـدة إلى الاشخاص الـذين يقيمـون مع مـرضى العقل من خـلال النصائـح والتعليمات المتعلقـة بأنسب اساليب الرعاية. ويجب أن تأخذ المسـاعدة شكـل الرعـاية بغـرض الوقـاية والمتابعة.

ويجب أن تكفل الرعاية الوقائيـة، حيثما اكتشف الاختـلال أو المرض العقـلي في مـراحله الأولى، بـأن يحصـل المـريض عـلى العـلاج الـطبي في الـوقت المناسب، وأن يصاحب العلاج تقديم الرعاية الاجتماعيـة المناسبـة ، وأن يشعر المريض أنه لم ينتقل ـ بقدر الأمكان ـ من بيئة حياته العادية.

ولا يجوز تنفيذ العـلاج الذي ينـطوي على عمليـة جراحيـة أو يعرض بشـدة حياة أو صحة المريض للخطر أو يترتب عليه تغيير رئيسي أو طويـل المدى في شخصيـة المـريض إلا بمـوافقـة المـريض (أو ـ في بعض الحـالات ـ من يمثله قانونياً)، وإذا كان العـلاج متناسبـاً مع النتـائج المتـوقعة. ولا يسمـح بتاتـاً بالموافقة على علاج يؤدي إلى تعديل النواحي الأساسية في شخصية المريض.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: لا تتجاوز سنة واحدة.

٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: يجب أن يتخذ أي قرار بتحديد الفترة لأطول من سنة واحدة بموجب اجراءات مراجعة الحالة التي ينبغي القيام بها قبل انتهاء فترة السنة.

٩ ــ **اجراءات الخروج**: المادة (٤١).

* المجر HUNGARY

القانون: القانون التشريعي رقم ١٠ لسنة ١٩٧٤ بشأن العلاج الاجباري لمدمني المسكرات في مؤسسات علاجية.

١ ــ **الأسباب**: يجوز اصدار أمر فوري بالعلاج في مركز العلاج المهني (المشار إليه فيما يلي باسم العلاج المؤسسي) بحق كل شخص يتسبب نتيجة لسلوكه الناجم عن تعاطي الكحول بشكل منتظم وضار، في تعريض أسرته، أو تنشئة أي من ابنائه ممن لم يبلغوا سن الرشد، أو سلامة رفاقه للخطر، أو الذي يزعج النظام العام أو الأنشطة المهنية في مكان عمله بشكل خطير ومتكرر، وذلك:

أ ــ إذا لم يخضع بصورة طوعية للعلاج من أثر الإدمان الكحولي، مع افتراض أن تلقيه العلاج في عيادة أو في قسم لعلاج الادمان الكحولي لن يكون فعالاً، أو.

ب ــ إذا افترض ـ على أساس الملاحظة التي تمت خلال دورة علاج سابقة سواء استكملت أو قطعت عمداً في مدة أقل من السنتين الماضيتين ـ أن العلاج في عيادة أو في قسم «لعلاج الادمان» الكحولي لن يكون فعالاً.

٢ ــ **الطلب**: النائب العام، ولكن يجوز لأي وكالة حكومية أو وكالة اجتماعية (مؤسسة، منشأة، شركة الخ) تابعة للإدارة الصحية، أو أي تعاونية، أو للشخص المعني نفسه بأن يطلب اتخاذ الاجراءات القانونية اللازمة.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: تقرر المحكمة الاقليمية أو المحكمة البلدية فرض العلاج المؤسسي على أساس الطلب المقدّم من النائب العام ـ وبناء على اقتراح من الإدارة المختصة المسئولة عن الشئون الصحية ـ إلى اللجنة التنفيذية للمجلس.

٤ ــ **الفحص الطبي**: تتخذ المحكمة الاقليمية قرارها بشأن الطلب بعد عقد جلسة استماع خاصة وبالتعاون مع المفتشين الشعبيين كالآتي:

أ ــ على الادارة الحكومية الصحية أن تقدم وترفق باقتراحها كافة الأدلة الثبوتية (مثل الآراء الطبية من الخبراء، وثائق متعلقة بالعلاج السابق وغيرها من ملفات المستشفى، وثائق خاصة بوضع اعالة أسرة وابناء الشخص المعني، ونتائج تحريات فورية) اللازمة للنظر في الطلب.

ب ــ يجب الحصول على رأي طبي خبير قبل تقديم إقتراح العلاج المؤسسي، بحيث يضع هذا الرأي خبير طبي يمكن تعيينه خصيصا لهذا الغرض. ويطلب من الشخص الذي اتخذت الاجراءات القضائية بشأنه أن يقدم نفسه للفحص الطبي بواسطة الخبير.

جـ ــ على الادارة الصحية ابلاغ نتائج الدعوى القضائية كتابة إلى النائب العام، وإلى الشخص المحجوز بالمؤسسة وطبيعة العمل الذي يمكن أن يناسبه ويجب دفع مكافأة مقابل العمل الذي يؤديه المحجوز في المؤسسة طبقا للأحكام القانونية المعمول بها.

ويجب على الشخص المحجوز في مؤسسة أن يتبع العلاج ويؤدي العمل المخصص له. ويجوز استعمال اجراءات قسرية لاعطاء العلاج.

واثناء العلاج المؤسسي يجب تعليق الوضع الوظيفي للشخص المحجوز أو حقوقه والتزاماته الناشئة عن وضعه كعضو في تعاونية، إلا أن الفترة التي قضاها في المؤسسة تؤخذ في الاعتبار عند حساب الفترة الكلية لعمل الشخص أو عضويته في التعاونية.

ويجوز تكرار العلاج المؤسسي في مناسبات عديدة، غير أنه لا يجب أن تمتد فترة العلاج الواحدة لأكثر من عامين.

ولا يجوز إصدار الأمر باخضاع المذكورين بعد للعلاج المؤسسي :

أ ــ أشخاص أقل من ١٨ سنة.

ب ــ أشخاص يتطلبون علاجاً بالمستشفى أو يعانون من مرض آخر لا يتفق مع تطبيق العلاج المهني أو يفترض أن علاجهم في المؤسسات المهنية غير فعال.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: (انظر الفقرة ٩).

٧ ــ **الاستئناف**: يجوز للشخص المحجوز بمؤسسة أو للنائب العام الاستئناف ضد قرار المحكمة الاقليمية. ويجب نظر الاستئناف على أساس «غير عادي». وينفذ قرار الأمر بالعلاج المؤسسي بصرف النظر عن اجراءات الاستئناف.

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (انظر الفقرة ٩).

٩ ــ **اجراءات الخروج**: يجب تحديد مدى حاجة الشخص للعلاج الداخلي، والأمر بخروج الشخص المحجوز في مؤسسة حيثما يتبين أن:

أ ــ استمرار علاجه غير ضروري،

ب ــ ظروفاً نشأت مجدداً لا تتفق مع استمرار العلاج أو أنه يفترض أن استمرار العلاج لن يكون مفيداً،

جـ ــ فترة السنتين المقررة قانوناً انتهت منذ أن بدأ العلاج وتصدر المحكمة الاقليمية قراراً بخصوص انهاء العلاج المؤسسي استناداً إلى نتائج الفحص الطبي.

* أندونيسيا INDONESIA

القانون: القانون رقم ٩ لسنة ١٩٧٦ بشأن العقاقير المخدرة.

١ ــ **الأسباب**: توجد فئتان من مدمني المخدرات كالآتي:

أ ــ مدمنو المخدرات القصّر.

ب ــ مدمنو المخدرات البالغين .

تعني «مدمن المخدرات» كل شخص يستعمل المخدرات ويصبح في حالة

من التعويل على المخدرات، جسمانياً ونفسياً، نتيجة استعماله أو سوء استعماله للمخدرات.
تعني «التأهيل» الجهد الذي يُبذل من اجل شفاء مدمن المخدرات بحيث يستعيد صحته النفسية والجسمانية واعادة تكيفه مع البيئة التي يعيش فيها، وتحسين أدائه وعلمه ومهاراته.

٢ ــ **الطلب**: الأبوين أو ولي الأمر ملزمون بالتبليغ عن المدمن حديث السن (القاصر) إلى الموظف الذي تعينه وزارة الصحة لهذا الغرض، كما أن عليهم احضاره إلى المستشفى أو إلى أقرب طبيب لتلقي ما يلزم من علاج وتمريض.
وعلى المدمنين البالغين التوجه بأنفسهم للتبليغ إلى الموظف الذي تعينه وزارة الصحة لهذا الغرض.
ويحدد الرئيس ما يتعلق باقامة وتنظيم وتشغيل مؤسسات التأهيل وفروعها.
ويجب في هذا الصدد أن تشارك المنظمات الخاصة والحكومية في المجتمع في العلاج والتأهيل.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: وزير الصحة.
٤ ــ **الفحص الطبي**: (غير وارد).
٥ ــ **برنامج العلاج**: يجب تنفيذ برامج تطبيب وتمريض مدمني المخدرات، وتأهيل المدمنين السابقين في مؤسسات التأهيل المتخصصة.
٦ ــ **مدة الاستبقاء**: (غير وارد).
٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد).
٨ ــ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).
٩ **اجراءات الخروج**: (غير وارد).

* العراق IRAQ

القانون: اللائحة التنظيمية رقم ١ بتاريخ ٩ يناير ١٩٨١ بشأن المركز الطبي لعلاج التعويل على الخمر والمخدرات ـ مستشفى ابن رشد.

ملاحظة: لا يوجد في العراق قانون بشأن الحجز للعلاج لأسباب تتعلق بالصحة النفسية، ولا يزال مشروع قانون بهذا الشأن تحت الدراسة لعدة سنوات، وقد تناولته تفصيلاً الدراسة التي أجرتها منظمة الصحة العالمية لسنة ١٩٧٧. أما لائحة ١٩٨١ فإنها تتعلق بإنشاء مركز متخصص في مستشفى ابن رشد للطب النفسي، ولكنها توضح كذلك أن نصوصها قابلة للتطبيق على كافة مرافق الرعاية الصحية الأخرى التي تقدم العلاج من التعويل على الخمر والمخدرات.

١ ــ **الأسباب**: تنطبق اللائحة على أي «شخص معوّل على المخدرات» وتغطي بصورة عامة كل أشكال سوء استعمال الكحول والمواد الأخرى. وتعني «الشخص المعول على المخدرات» كل من يتعاطى العقاقير المخدرة أو الخمر إلى درجة تصل به إلى مرحلة الاختلال الجسدي والعقلي الواضح والذي يؤثر على صحته النفسية والجسمانية أو على متطلبات حياته الاقتصادية أو يظهر أعراضاً متلازمة بدرجة تستدعي علاجه طبياً.

٢ ــ **الطلب**: يجوز ايداع المرضى اجبارياً أو بصورة غير رسمية بناء على طلب المريض.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: (غير وارد بوضوح).

٤ ــ **الفحص الطبي**: يخضع المرضى الذين يحجزون اجبارياً للكشف عليهم بمعرفة لجنة طبية من المركز أو المستشفى.

٥ ــ **برنامج العلاج**: يتولى علاج المريض فريق يتألف من استشاري نفساني، وطبيب مقيم بالمركز، واخصائي علم نفس سريري، وعامل اجتماعي، واخصائي تأهيل، وممرضة. ويكون العلاج فردياً وجماعياً. ويجب أن يتبع المريض التعليمات المتعلقة بالتأهيل أو يتم نقله إلى جناح مغلق.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: ما بين ٣٠ إلى ٩٠ يوما.

٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٩ ـ **اجراءات الخروج**: يجوز للاستشاري النفساني أن يأمر بخروج المريض في أي وقت. وتحدد مواعيد المراجعات التالية في قسم العيادة الخارجية بالمركز.

* ايطاليا ITALY

القانون: القانون رقم ٦٨٥ في ٢٢ ديسمبر ١٩٧٥ بشأن مكافحة العقاقير المخدرة والمواد المنشطة، والوقاية وعلاج التعويل على تلك العقاقير أو المواد، وتأهيل الاشخاص المعولين عليها.

١ ـ **الأسباب**: كل شخص يستعمل العقاقير المخدرة أو المواد المنشطة لأغراض شخصية وغير علاجية ويبلغ عنه الطبيب الممارس (أو سلطات الشرطة) ولم يخضع للعلاج أو التأهيل طوعياً، أو قطع دورة العلاج قبل أن يستكملها.

٢ ـ **الطلب**: يجوز لأي مركز مساعدة طبية أو اجتماعية، أو لسلطات الشرطة تبليغ القاضي المحلي الذي يتعين عليه ـ بعد سماع الشخص المعني والحصول على المعلومات المناسبة، وحيثما اعتبر أن الحالة تدخل تحت فئة الحالات الطارئة، أو بناء على أي تبليغ من أبوي الشخص أو أقاربه الآخرين ـ أن يرفع الأمر إلى السلطات القضائية.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: حيثما يتراءى للسلطات القضائية أن هناك حاجة إلى العلاج والمساعدة الطبية، فيجب على تلك السلطات (بعد سماع الشخص المعني ومسئول مركز الرعاية الطبية والاجتماعية المختص) أن تصدر أمراً بادخال الشخص المعني في مستشفى خلاف مستشفى الأمرض النفسية ـ إن كانت هناك ضرورة ملحة لذلك ـ أو بالعلاج الخارجي المناسب أو علاجه بالبيت. ويجب في كل الحالات أن تتخذ السلطات القضائية ما يلزم لوضع الشخص المطلوب مساعدته تحت مسئولية مركز العلاج الذي يجب عليه القيام باللازم وتقديم تقرير بهذا الشأن إلى السلطات المذكورة كل ثلاث شهور على الأقل.

وباستثناء حالات القصر حيث يقع الاختصاص على محاكم الاحداث في الدائرة القضائية التي يقطن فيها الحدث القاصر، يتم تشكيل شعبة

متخصصة تابعة للمحكمة المدنية تتخذ مقراً لها بمبنى محكمة الاستئناف في الدائرة التي يقيم فيها الشخص المطلوب مساعدته وتناط بها مهام الهيئة القضائية المناسبة.

٤ ــ **الفحص الطبي**: يجب الحصول على رأي مركز الرعاية الطبية والاجتماعية المختص.

٥ ــ **برنامج العلاج**: يوضع الشخص المعني تحت رعاية المركز طوال المدة التي يفترض أن يستغرقها العلاج والمساندة اللازمة للاندماج في المجتمع. فإذا كان الأمر قد صدر بعلاجه خارجياً وقطع الشخص المعني برنامج العلاج أو رفض استئنافه، فإنه يجوز للهيئة القضائية أن تأمر بايداعه في مستشفى مناسب خلاف مستشفى الأمراض النفسية.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: (انظر الفقرة ـ ٥ ـ أعلاه).

٧ ــ **الاستئناف**: يمكن تقديم الاستئناف ضد الأمر القضائي في غضون ٣٠ يوماً من تبليغه. ويتم اتخاذ القرار في الاستئناف وفقا للاختصاصات القضائية أما بواسطة شعبة الاحداث في محكمة الاستئناف أو شعبة متخصصة تنشأ في محكمة الاستئناف المدنية وتتكوّن من قاض من محكمة النقض.

٨ ــ **المراجعة الدورية**: يجوز تعديل التدابير الموضحة أعلاه في أي وقت، وتلغي في أقرب وقت ممكن إذا افترض أن الشخص المعني لم يعد بحاجة إلى الرعاية والمساعدة. ويجب أن ترفع مراكز العلاج تقريراً كل ثلاثة شهور على الأقل إلى السلطات القضائية حول الخطوات التي اتخذت أثناء سير العلاج ومدى تقدمه.

٩ ــ **اجراءات الخروج**: (انظر الفقرة ـ ٨ ـ أعلاه).

* اليابان JAPAN

القانون: قانون مكافحة المخدرات (القانون رقم ١٤ في ١٧ مارس ١٩٥٣) وتعديلاته.

١ ـ **الأسباب**: إدمان المخدرات أو الاشتباه في ادمان المخدرات.

تعني «مدمن المخدرات» كل شخص في حالة ادمان على المخدرات.

تعني «ادمان المخدرات» التعويل المزمن على العقاقير المخدرة أو الحشيش أو الأفيون.

ملاحظة: يستصدر الأمر بالايداع الاجباري في المستشفى بسبب ادمان المنشطات (مثل أمفيتاماين والأفيدرين) بموجب قانون الصحة النفسية (القانون رقم ١٢٣ في الأول من مايو ١٩٥٠ وتعديلاته). ووفقا لهذا القانون، فإن عبارة «الأشخاص المختلين عقلياً» تشتمل كذلك الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية نتيجة الادمان.

٢ ـ **الطلب**: يجوز لمحافظ العاصمة أو هوكايدو أو الأقاليم الأخرى، في الحالات التي يرى ضرورتها فيما يتعلق بمدمن مخدرات أو شخص يشتبه بأنه مدمن مخدرات، أن يصدر أمراً بقيام « فاحص طبيْ من قسم الصحة النفسية» بفحص مثل هذا الشخص.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: إذا وجد محافظ العاصمة أو هوكايدو أو الأقاليم الأخرى، نتيجة اجراء فحص طبي، أن الشخص الذي تم فحصه مدمن مخدرات، وأنه إن لم يودع في مستشفى فإنه سيكون عرضة لتكرار تعاطي العقار المخدر أو الحشيش أو الأفيون بسبب حالة الادمان، يجوز له إيداع مثل هذا الشخص الذي تم فحصه داخل المستشفى الذي تحدده نظم وزارة الصحة والشئون الاجتماعية حيث يجب أن يتلقى العلاج الطبي اللازم.

٤ ـ **الفحص الطبي**: لغرض اجراء الفحص الطبي يجوز للفاحص الطبي أن يدخل محل اقامة الشخص المفحوص. ويجب على الفاحص اثناء اجراء الفحص الطبي أنْ يراعى عدم المساس بكرامة المفحوص طبياً وأن يمنح المفحوص فرصة للتعبير عن رأيه في مسألة ادمانه.

٥ ـ **برنامج العلاج**: يجب تقديم العلاج الطبي اللازم.

٦ ـ **مدة الاستبقاء**: إن كان الشخص مدمنًا على المخدرات، يجب على الفاحص الطبي التابع للصحة النفسية أن يحدد بصفة مؤقتة مدة ايداعه بالمستشفى والتي لا تزيد على ٣٠ يوماً بانتظار صدور قرار المحافظ بالايداع في المستشفى. وعلى مدير المستشفى المخصص لعلاج مدمني المخدرات، إن وجد ضرورة استمرار العلاج لمدة أطول مما حدده الفاحص الطبي التابع للصحة النفسية، أن يرفع تقريرا يبين فيه الأسباب والمدة اللازمة لتمديد الايداع في المستشفى إلى لجنة فحص مدمني المخدرات، وأن يطلب من اللجنة دراسة ما إذا كانت الأسباب والمدة المقترحة كافية أم لا.

٧ ـ **الإستئناف**: (غير وارد).

٨ ـ **المراجعة الدورية**: يجب على لجنة فحص مدمني المخدرات ـ إن طلب منها ذلك ـ أن تدرس المسائل المتعلقة بتمديد الايداع في المستشفى وتبلغ قرارها إلى محافظ العاصمة أو هوكايدو أو الأقاليم الأخرى بأقصى سرعة ممكنة. وفي هذه الحالة، يجب على لجنة فحص مدمني المخدرات ـ إذا رأت أنه من الأنسب خروج المدمن السابق حجزه بالمستشفى قبل إنتهاء المدة التي حددها الفاحص الطبي التابع للصحة النفسية ـ أن تبلغ محافظ العاصمة أو هوكايدو أو الأقاليم الأخرى بالموعد الذي تراه لخروج المدمن المحجوز بالمستشفى.

واذا قامت لجنة فحص مدمني المخدرات باجراء فحص بموجب الفقرة السابقة، فيجب عليها سماع آراء كل من المدمن المحجوز بالمستشفى والمارس الطبي المسئول عن علاج هذا المدمن.

٩ ـ **اجراءات الخروج**: وفقا للقرار الذي تصدره لجنة فحص مدمني المخدرات، يجب على محافظ العاصمة، أوهوكايدو أو الأقاليم الأخرى، الأمر بخروج المدمن المحجوز بالمستشفى، أو تقرير مدة تمديد ايداعه بالمستشفى وابلاغ هذه المدة إلى مدير المستشفى الخاص بعلاج ادمان المخدرات. ويجب ألا يتجاوز مدة الايداع في المستشفى بموجب هذه النصوص ثلاثة شهور اعتبارا من تاريخ ادخال المدمن المحجوز إلى

المستشفى. ويجب ألا تتجاوز مدة الايداع الكلية في المستشفى فترة ستة شهور في مجملها.

* ماليزيا MALAYSIA

القانون: قانون العقاقير الخطرة (رقم ٢٣٤ لسنة ١٩٥٢) وقد تم تنقيحه سنة ١٩٨٠

١ ـ **الأسباب:** كل شخص يشتبه بشكل معقول بأنه معول على المخدرات. تعني عبارة «المعّول على المخدرات» كل شخص يتعرض بسبب تعاطيه أي مخدر خطر لحالة نفسية وأحياناً جسمانية تتميز بردود فعل سلوكية أو غيرها بما في ذلك الاضطرار إلى تعاطي المخدر على أساس مستمر ودوري حتى يعايش تأثيره النفسي ويتجنب عدم راحته في ابتعاده عنه.

٢ ـ **الطلب:** يجوز لأي مسئول رعاية اجتماعية أو أي ضابط شرطة ولا يقل عن رتبة رقيب أو أي ضابط مناوبة بمخفر شرطة أن يضع تحت التحفظ أي شخص يشتبه بصورة معقولة بأنه معول على المخدرات، ويجب أن يعرض مثل هذا الشخص على القاضي المختص خلال ٢٤ ساعة.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار:** إن توفر للقاضي سبب مقنع للإعتقاد بأن الشخص المعروض عليه معول على المخدرات، يجوز له اصدار الأمر بحجز هذا الشخص وفحصه طبياً أو اخضاعه للملاحظة الطبية بمعرفة الطبيب المختص في مركز حجز المدمنين.

٤ ـ **الفحص الطبي:** نتيجة للفحص الطبي أو الملاحظة الطبية المذكورة، تصدر شهادة بأن الشخص المعني «معول على المخدرات».

٥ ـ **برنامج العلاج:** للقاضي الحق في الاختيار من بين أمرين:

أ ـ إذا تراءى له ضرورة اخضاع هذا الشخص للعلاج والتأهيل في أحد مراكز التأهيل، يجوز له أن يأمر بايداع هذا الشخص في مركز التأهيل لمدة ستة شهور.

ب ــ إذا تراءى له عدم ضرورة اخضاع هذا الشخص للعلاج والتأهيل في أحد مراكز التأهيل يجوز له أن يأمر بوضع هذا الشخص تحت المراقبة من قبل مسئول الرعاية الاجتماعية لمدة سنتين.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: مدة الحجز في مركز التأهيل هي ستة شهور ولكن شريطة أنه:

أ ــ يجوز لمجلس الزائرين بمركز التأهيل ـ وفقا لرأيه المطلق ـ أن يخفض مدة الحجز لأسباب يرى كفايتها إذا ما أكمل هذا الشخص بالفعل مدة أربعة شهور في مركز التأهيل.

ب ــ لا يجوز الإفراج عن مثل هذا الشخص من مركز التأهيل خلال الأربعة شهور الأولى من مدة الحجز بدون موافقة كتابية من وزير الخدمات الاجتماعية.

ملاحظة: حيثما أدين أي شخص تحت سن ٢١ سنة بجريمة يعاقب عليها قانون المخدرات الخطرة، يجوز للمحكمة سواء مع تسجيل الإدانة أو بدون تسجيلها أن:

أ ــ تفرج عن المجرم مع وضعه تحت المراقبة من قبل مسئول الرعاية الاجتماعية لمدة سنتين.

ب ــ مطالبته بالخضوع للعلاج والتأهيل في مركز التأهيل لمدة ستة شهور.

٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (انظر فقرة ٦ أعلاه) اذا اقتنع المسئول بمركز التأهيل بأن مقيماً في المركز اوشكت فترة حجزه على الانتهاء ولا يزال بحاجة الى مزيد من العلاج والتأهيل، فإنه يجوز له ـ بعد موافقة مجلس الزائرين بمركز التأهيل ـ أن يحجزه لفترة أخرى لا تتجاوز ستة شهور.

٩ ــ **اجراءات الخروج**: بعد الخروج من مركز التأهيل، يجب وضع الشخص تحت العناية اللاحقة من قبل مسئول الرعاية الاجتماعية لمدة سنتين.

يجوز لمجلس الزوار بمكرز التأهيل ـ إذا اقتنع بأن شخصاً صدر عليه أمر

للعناية اللاحقة لايزال ساريا ولم يلتزم بأي من متطلبات هذا الأمر - أن يستدعي هذا الشخص ويعيده إلى مركز التأهيل، فإن لم يعد، يجوز إعتقاله بمعرفة ضابط شرطة واعادته إلى مركز التأهيل وحجزه لفترة أخرى لا تتجاوز ستة شهور.

* المكسيك MEXICO

القانون: لائحة ٢٣ يوليو ١٩٧٦ بشأن العقاقير المخدرة والمواد المنشطة

١ ــ **الأسباب:** شخص معول على المخدرات.
تعني عبارة «شخص معول على المخدرات» كل شخص اعتاد لأغراض خلاف الاغراض العلاجية أن يتعاطى أو أن يعاني من الحاجة إلى تعاطي أي مادة مخدرة أو منشطة.

٢ ــ **الطلب:** يجب على أفراد الهيئة الطبية المؤهلين ممن يعالجون حالات ادمان على المخدرات أن يبلغوا عن مثل هذه الحالات لأقرب مكتب لوزارة الصحة والرعاية الاجتماعية في غضون ثمانية أيام من تاريخ بدء معرفتهم بالحالة، ويرفقوا تشخيصهم ورأيهم في مدى الحاجة التي تدخل من وزارة الصحة.

٣ ــ **الفحص الطبي:** (غير وارد).

٤ ــ **برنامج العلاج:** تصدر وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية وتنشر دليلاً وطنياً بالمؤسسات التي توفر خدمات علاجية لمدمني المخدرات. وتبذل الوزارة جهدها لكشف أماكن تواجد المدمنين المعروفين وتوفر لهم الرعاية الطبية.
ولأغراض السيطرة على ادمان المخدرات، تعتبر وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية مسئولة عن الآتي:

أ ــ اصدار لائحة بالمواصفات العامة العلاج.

ب ــ توفير الرعاية الطبية لمدمني المخدرات العاجزين وفقا للقانون.

جـ ــ العمل بصفة استشارية في أمور العلاج من هذا النوع - اذا طلب منها ذلك.

د ــ إنشاء وتدعيم وزيادة المؤسسات والخدمات التي تقدم الرعاية الطبية في هذا المجال.

ـ ويجب على أفراد الهيئة الطبية المؤهلين العاملين في علاج مدمني المخدرات مراعاة التقيد بالمواصفات العامة للعلاج الصادرة عن وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية.

٥ ـ **مدة الاستبقاء**: (غير وارد).

٦ ـ **الاستئناف**: (غير وارد).

٧ ـ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٨ ـ **اجراءات الخروج**: (غير وارد).

* النرويج NORWAY

القانون: يوجد قانونان منفصلان معمول بهما الأول: قانون الصحة النفسية لسنة ١٩٦١ وتعديلاته والثاني: قانون ١٩٣٢ بشأن لجان الامتناع عن تعاطي المسكرات وتعديلاته.

(أ) قانون الصحة النفسية لسنة ١٩٦١:

ملاحظة: يجوز حجز الأشخاص الذين يدمنون المواد المسكرة أو المهدئة بخلاف الخمر عندما تتوفر فيهم الظروف المذكورة فيما يلي، ويكون حجزهم في مصحّة لفترة قد تمتد إلى سنتين.

١ ـ **الأسباب**: يجوز ادخال الشخص الذي يعاني من مرض عقلي إلى المستشفى بدون موافقته إذا طلب ذلك أي من أقاربه من الدرجة الأولى أو السلطات العامة، وإذا كان من رأي المشرف الطبي أن حجزه بالمستشفى (أ) سيكون مفيداً للمريض، أو (ب) ضروري للنظام العام، أو (جـ) يمكن أن يمنع خطراً شديداً على حياة أو صحة الغير.

ملاحظة: لايمكن حجز شخص وفقاً للنصوص المذكورة أعلاه اذا ما عارض أحد من اقاربه من الدرجة الأولى مثل هذا الحجز، وذلك مالم يقرر المشرف الطبي أنه نظراً للحالة العقليّة للمريض، فإن ادخاله المستشفى لازم لحماية المريض نفسه، أو أنه خلافاً لذلك ستضيع امكانية العلاج والتحسن الجوهري، أو أن المريض يشكل خطراً شديداً على نفسه وعلى الغير.

ولم يرد في القانون تعريف للمرض العقلي.

٢ ــ **الطلب**: الأقارب من الدرجة الأولى أو السلطات العامة.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: المشرف الطبي. وعليه أن يأخذ ويسجل كل دليل يحتمل أن يكون مهما للقرار وإن كان من اللازم حجز شخص بالمستشفى بدون موافقته، فيجب أن يعطي المريض أو أي شخص آخر ينوب عنه فرصة للإدلاء باقواله قبل اتخاذ القرار.

٤ ــ **الفحص الطبي**: يجب أن يكون من رأي الطبيب ـ بعد اجراء الفحص الطبي الشخصي ـ أنه من الضروري للمريض ـ بناء على طلب أحد أقاربه من الدرجة الأولى أو السلطات العامة ـ أن يدخل المستشفى أو يحجز في المستشفى أو في أي مكان آخر يمكن أن يقدم له فيه العناية المطلوبة، ولكن على ألا تزيد على ثلاثة أسابيع بدون الموافقة الصريحة من المريض.

ويجب أن يوضح الطبيب للمريض أنه يجوز له الاستئناف ضد قرار لجنة المراقبة (انظر فيما يلي). ولا يؤدي الاستئناف إلى أي تأخير في ادخال المريض للمستشفى مالم يقرر الطبيب خلاف ذلك.

٥ ــ **برنامج العلاج**: (غير وارد).

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: لا تزيد عن ثلاثة أسابيع.

٧ ــ **الاستئناف**: انظر الفقرة ٤ أعلاه.

يجوز للمريض أو أقاربه من الدرجة الأولى أو السلطات العامة أيهم تقدم لطلب الادخال للمستشفى ـ أن يستأنف أمام لجنة المراقبة (مكونة من قاض وطبيب وعضوين آخرين) ضد قرار المشرف الطبي. وينطبق ذلك أيضاً على رفض المشرف الطبي ادخال أو حجز المريض. ولا يؤدي الاستئناف إلى أي تأخير في ادخال المريض للمستشفى شريطة الا يقرر مجلس المراقبة خلاف ذلك.

وفي حالة ادخال او حجز المريض في مستشفى بموجب هذه النصوص، يجب على المشرف الطبي اخطار مجلس المراقبة فوراً. وإن كان المريض قد أدخل أو حجز في المستشفى بناء على طلب السلطات العامة، يجب على المشرف

الطبي كذلك ابلاغ أقاربه من الدرجة الأولى. وينبغي تعريف المريض وأقارب من الدرجة الأولى بحقهم دائماً في الاستئناف أمام لجنة المراقبة فيما يتعلق بدخول أو خروج المريض وكذا بخصوص أي شكاوي خاصة بالعلاج.

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (انظر الفقرة ٧ اعلاه).

٩ ــ **اجراءات الخروج**: يمكن أن يتقدم المريض نفسه بطلب الخروج، فإن لم يكن قادراً على ذلك، يتقدم به احد اقاربه من الدرجة الأولى. وعند تقديم طلب الخروج، لايجوز حجز المريض في المستشفى مالم يقرر المشرف الطبي أنه ـ بعد خروجه ـ سيشكل خطراً على نفسه، أو إن إمكانية العلاج أو التحسن الجوهري ستضيع، أو أن المريض ـ بسبب حالته العقلية ـ سيعاني بشدة أو سيمثّل خطراً شديداً على حياة أو صحة الغير.

ب ــ قانون سنة ١٩٣٢ بشأن لجان الامتناع عن تعاطي المسكرات

١ ــ **الأسباب**: كل شخص يعيش أو يقيم في بلدة ويصبح خطراً واضحاً على نفسه وعلى ما يحيط به بسبب الإفراط في تعاطي المشروبات الكحولية أو غيرها من المواد المسكرة أو المهدئة ـ ويجب على لجنة الامتناع التحري عن هذه الحالات دون إبطاء ـ كما يجوز للجنة ـ بناء على مبادرة منها ـ أن تتخذ اجراء عملياً ضد مثل هؤلاء الاشخاص وتقوم بالتحريات اللازمة.

٢ ــ **الطلب**: يحق للمذكورين بعد التقدم بطلب إلى لجنة الامتناع لحجز الشخص المدمن:

أ ــ الشخص المعني أو زوجه أو أقاربه من الدرجة الأولى وأشقائه وشقيقاته وأصهاره، أو ما في حكمهم، وكذا ولي الأمر أو الوصي ـ حيثما تنطبق هذه الحالة ـ وللقرابة بين الآباء بالتبني والأبناء بالتبني أو أقاربهم من الدرجة الأولى نفس حكم قرابة الدم.

ب ــ شخص آخر أو طبيب، شريطة أن يقدم الطلب بموافقة الشخص المعني أو بموافقة أي من أقاربه المذكورين في البند (٢) أعلاه.

جـ ــ جمعيات المساعدة وجمعيات الحماية والرعاية، أو الشرطة.

ووفقا للوائح التنظيمية التي اصدرتها وزارة الصحة فيها بعد، فإنه يتعين على الشرطة ابلاغ اللجنة المعنية بكافة حالات إدمان الخمر المعرضة للعقاب.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: يتم ذلك من خلال اجراءين:

أ ـ يمكن للجنة الامتناع ـ حيثما وجد طبيب ضرورة لذلك ـ أن ترغم الشخص المعني بالخضوع للفحص الطبي أو بتلقي دورة علاج في مستشفى تختاره اللجنة ذاتها، ولفترة لاتزيد على ثلاثين يوماً. وبعد استشارة الطبيب المسئول بالمستشفى، يمكن للجنة أن تأمر بتمديد استبقائه في المستشفى لمدة ثلاثين يوماً أخرى في كل مرة شريطة ألا يتجاوز مجموع فترة المحجز بالمستشفى بناء على أمر اللجنة مدة تسعين يوماً في السنة الواحدة.

ب ـ إذا لم يمتثل الشخص لأوامر اللجنة، أو حيثما رأت اللجنة ضرورة لذلك، فإنه يجوز للجنة أن تقرر حجزه، سواء وافق على ذلك أو لم يوافق، ويتم ايداعه في مصحة لعلاج ادمان المسكرات لمدة أقصاها سنتين، وذلك إذا تبين أنه نتيجة للإفراط في تعاطي المشروبات المسكرة أو المخدرات:

١ ـ يسيء معاملة زوجته أو أبنائه أو يعرض ابناءه للانحلال الخلقي والاهمال.

٢ ـ يهمل واجباته في إعالة أسرته وفقاً للقوانين السارية.

٣ ـ يعرض نفسه لأذى جسماني أو عقلي خطير، أو يعرض نفسه أو الغير للخطر، أو يتكرر منه مضايقة المحيطين به.

٤ ـ أصبح عبئاً على المجلس العام للرعاية الاجتماعية أو على أسرته.

٥ ـ يبذر أو يبدد ممتلكاته بدرجة يخشى معها أن يقع هو أو أسرته في العوز.

ملاحظة: إذا وجدت لجنة الامتناع حالة ينبغي معاملتها وفقاً لهذه النصوص، فإنه يتعين على اللجنة أن ترسل قرارها مع المستندات الأخرى

المتعلقة بالحالة، إلى القاضي، وتطلب منه أن يترأس الاجراءات القضائيـة. ويتم استدعاء الشخص الـذي اتخذت بحقـه تلك الاجراءات لفحصـة طبياً، فـإن لم يحضر بدون عذر مقبول، فإنه يجوز للجنة أن تطلب إلى الشرطة القبض عليه.

٤ ـ **الفحص الطبي**: انظر الفقرتين (أ) و (ب) اعلاه

لدى صدور قرار الحجز الاجباري في مصحة المدمنين، يجب أن يـرافق ذلك شهادة صادرة عن طبيب. فإذا توفر في الشهادة الطبية أي شك حول مـا إذا كـان الشخص المعني مختل العقـل، يجوز للجنـة أن تقرر ضرورة اخضـاعـه لفحص نفساني.

٥ ـ **برنامج العلاج**: (غير وارد).

٦ ـ **مـدة الاستبقاء**: لا تـزيد عن ٩٠ يـوماً للعـلاج في المستشفى، وبحد أقصى سنتين إذا حجز المريض في مصحة علاجية.

٧ ـ **الاستئناف**: يقدم الاستئناف ضد القرارات (الداعية إلى اتخاذ اجراء بموجب الفقـرة ٣ أعلاه) إلى المحكمـة العليا بـواسطة الشخص الـذي اتخـذ القـرار ضـده. وبموافقـة من اللجنة القضـائية الخـاصة بـالاستئناف، يمكن احـالـة القضية إلى المحكمة العليا. ولا تعطي هذه الموافقة إلا في حالة ترجيـح تغيير القرار. وقد تحددت مهلة الاستئناف باسبوعين.

وعند صدور قرار بحجز شخص في مصحة للمدمنـين، وتوفـر سبب لمخافـة أن يتسبب في أذى جسيم لنفسه أو للغير، فإنه يجوز للجنة أن تأمـر بالتحفظ عليـه بصرف النظر عن الاستئنـاف. ويجـوز للجنـة كـذلـك أن تـطلب من النائب العام اصدار أمر القبض على هذا الشخص.

وأي قرارات بخلاف ذلـك تصدر عن لجنـة الامتناع أو رئيسهـا، فإنـه يجوز للشخص الـذي صدرت ضده أن يـرفعها إلى اللجنـة القضـائيـة الخـاصـة بالاستئناف والتابعة للمحكمة العليا.

٨ ـ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٩ ــ **اجراءات الخروج**: يجوز الإمر بخروج شخص سبق حجزه في مصحة للمدمنين وفقاً لهذا القانون بحيث يظل تحت المراقبة، وذلك قبل انتهاء المدة المقررة لحجزه إذا توفرت أسباب لافتراض أنه سيعيش حياة منظمة وخالية من ادمان الخمر.

* باكستان PAKISTAN

ملاحظة: لا يوجد في باكستان قانون خاص بشأن أي من العلاج الطوعي أو الاجباري للأشخاص المعولين على المخدرات، ولكن التعديلات المقترحة على قانون الصحة النفسية توصي بعلاج هؤلاء الاشخاص.

* بيرو PERU

القانون: مرسوم بقانون رقم ٢٢٠٩٥ في ٢١ فبراير ١٩٧٨

١ ــ **الأسباب**: ادمان المخدرات (بدون تعريف).

٢ ــ **الطلب**: بطلب من شخص معول على المخدرات، أو أقاربه أو السلطة القضائية.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: القاضي، وذلك بناء على طلب من وزارة الصحة العامة أو أي شخص يهمه الأمر.

٤ ــ **الفحص الطبي**: لا تحدد حالة مدمن المخدرات إلا بعد فحصه بمعرفة طبيب اخصائي بناء على طلب من القاضي المختص. ويأخذ هذا الفحص الطبي في حسبانه:

أ ــ طبيعة وكمية المواد التي نتج عنها الإدمان.

ب ــ التاريخ الطبي والحالة السريرية للشخص.

٥ ــ **برنامج العلاج**: يتكون من جزئين:

أ ــ علاج الادمان بالوسائل الطبية.

ب ــ تأهيل بيولوجي ونفسي واجتماعي.

وحتى يتم تقديم هذا العلاج على أكمل وجه، يجب اقامة «خدمات علاجية متخصصة».

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: (غير وارد).

٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٩ ــ **اجراءات الخروج**: (غير وارد).

* سنغافورة SINGAPORE

القانون: قانون اساءة استعمال المخدرات (القانون رقم ٥ في ١٦ مارس ١٩٧٣) وتعديلاته، بشأن مكافحة العقاقير الخطرة والضارة، والأغراض المتعلقة بذلك.

١ ــ **الأسباب**: كل شخص يشتبه مدير المكتب المركزي للمخدرات بأنه مدمن مخدرات، وتتضح بعد الفحص الطبي أو اختبارات البول ضرورة اخضاع هذا الشخص للعلاج أو التأهيل أو كلاهما.
وتعني عبارة «مدمن مخدرات» كل شخص تتكون لديه نتيجة لتعاطيه أي مخدر محظور:
أ ــ الرغبة أو الحاجة للاستمرار في تعاطي مثل هذا المخدر المحظور، أو.
ب ــ تعويل نفسي أو جسماني على الأثر الناشيء عن مثل هذا المخدر المحظور.

٢ ــ **الطلب**: يجوز لمدير المكتب المركزي للمخدرات أن يطلب فحص أي شخص يشك بصورة معقولة بأنه مدمن مخدرات فحصاً طبياً أو وضعه تحت ملاحظة طبيب حكومي أو ممارس طبي آخر.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: مدير المكتب المركزي للمخدرات.

٤ ــ **الفحص الطبي**: مطلوب إذا ظهر أن العلاج ضروري للمدمن. فإذا اتضح لمدير المكتب المركزي للمخدرات نتيجة للفحص الطبي أو الملاحظة الطبية

أو اختبارات البول أنه من اللازم اخضاع أي شخص للعلاج أو التأهيل أو كلاهما في مؤسسة معتمدة، يجوز أن يصدر المدير أمراً كتابياً يقضي بادخال هذا الشخص لهذا الغرض في مؤسسة معتمدة.

٥ ــ **برنامج العلاج**: باستثناء ما يرد به نص خلاف ذلك، يجب اخضاع أي شخص ـ بعد استكمال فحصه طبياً ـ لفترة يتم خلالها علاج الادمان، ولا يقدم له اثناءها أي تطبيب ما لم ير المسئول الطبي ضرورته القصوى لانقاذ حياة المحجوز. ولا تتجاوز الفترة المقررة لعلاج الادمان مدة سبعة أيام.
ولا يخضع لعلاج الادمان أي محجوز يزيد عمره على ٥٥ سنة.
ولا يخضع لعلاج الادمان أي محجوز يشهد الطبيب المسئول بأنه غير لائق طبياً لهذا الاجراء إلى أن يأتي الوقت الذي يجده الطبيب المسئول لائقاً بما يكفي لذلك.
ويجوز لوزير الشئون الداخلية ـ لأسباب خاصة ـ أن يعفي أي محجوز من الخضوع لعلاج الإدمان.
ويمكن لأي مؤسسة معتمدة أن تقبل دخول أي مدمن مخدرات للعلاج الطوعي.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: ستة شهور مالم يصدر أمر خروجه قبل ذلك بمعرفة مدير المكتب المركزي للمخدرات أو لجنة المراجعة في أي مؤسسة معتمدة. وإذا رأت اللجنة المذكورة أن محجوزاً قاربت فترة حجزه بالمؤسسة على الانتهاء ولا يزال يتطلب مزيداً من العلاج أو التأهيل أو كلاهما، فإنه يجوز لهذه اللجنة اصدار أمرها كتابة باستمرار حجز المحجوز في المؤسسة لفترات أو فترات أخرى بحيث لا تتجاوز ستة شهور في كل مرة.
ولا يجوز بأي حال استمرار حجز أي شخص صدر بحقه أمر حجز في مؤسسة (أو مؤسسات) معتمدة لفترة تزيد على ثلاث سنوات اعتباراً من تاريخ دخوله لأول مرة لأي مؤسسة معتمدة استناداً إلى هذا الأمر.

٧ ــ **الاستئناف**: حيثما تم تقديم شكوى مع أداء اليمين أمام القاضي بأن شخصاً محتجز بصفة خاطئة في مؤسسة معتمدة بسبب سوء سلوك أي موظف أو

انتهاكه لواجبه في القيام بمهام عمله وفقاً للقانون أو أي لوائح صادرة بموجب هذا القانون، فإنه يجوز قيام القاضي إما بالتحري عن الشكوى بنفسه أو تكليف ضابط شرطة بعمل التحريات اللازمة للتثبّت من صحة أو عدم صحة الشكوى، وابلاغه نتيجة التحريات.

وتتم كل التحريات التي تجري في مثل هذه الأمور بصفة سرية، إلا أنه يجب على القاضي تقرير طريقة اجراء أي تحريات وفقا لما يراه مناسباً لظروف كل حالة.

وللقاضي أو ضابط الشرطة الذي يقوم بمثل هذه التحريات كل الصلاحيات التي يمنحها له قانون الاجراءات الجنائية فيما يتعلق باستدعاء واستجواب الشهود والحصول على الدليل وتقديم المستندات.

فإذا اقتنع القاضي بعد الاطلاع على نتيجة تلك التحريات بأن الشخص المحجوز في مؤسسة معتمدة لم يكن واجباً حجزه، يجوز له اصدار أمر خروج هذا الشخص من المؤسسة المعتمدة، ويجب خروج هذا الشخص فورياً استناداً لهذا الأمر، وأي أمر أو قرار يتخذه القاضي في هذا الشأن يعتبر نهائيا.

ولا يقبل الدليل المتحصل عليه لهذا الغرض أثناء التحريات، في أي اجراءات قضائية مدنية أو جنائية يكون الشخص الذي قدم مثل هذا الدليل متهّماً فيها بتقديم أو تزييف دليل غير صحيح.

٨ ــ **المراجعة الدورية**: يعين الوزير «لجنة مراجعة» الحالات بأي مؤسسة (أو مؤسسات) معتمدة. وعلى لجنة المراجعة في أي مؤسسة معتمدة أن تضع حالة كل محجوز تحت المراجعة وتنظر كلما أمكن في ما إذا كان يجب خروجه.
ويجوز لمدير المكتب المركزي للمخدرات أو لجنة المراجعة في مؤسسة معتمدة أن يصدر أمراً كتابياً في أي وقت يقضي بالآتي:
أ ــ خروج أي محجوز.
ب ــ تحويل أي محجوز من مؤسسة معتمدة إلى مؤسسة معتمدة أخرى.

٩ ــ **اجراءات الخروج**: (انظر الفقرتين ٦ و ٨ اعلاه).

* الصومال SOMALIA

القانون: القانون رقم ٤٦ في ٣ مارس ١٩٧٠ بشأن انتاج وتجارة وتعاطي العقاقير المخدرة.

١ ـ **الأسباب**: الاضطرابات العقلية الشديدة الناشئة عن الاعتياد على سوء استعمال العقاقير المخدرة إذا تبين أن الشخص المعني يشكل بأي حال خطراً على نفسه أو الغير.

٢ ـ **الطلب**: سلطات الشرطة أو أي طرف آخر يهمه الأمر.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: (غير وارد).

٤ ـ **الفحص الطبي**: عند استلام التقرير الطبي.

٥ ـ **برنامج العلاج**: (غير وارد).

٦ ـ **مدة الاستبقاء**: (غير وارد).

٧ ـ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ـ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٩ ـ **اجراءات الخروج**: (غير وارد).

* السويد SWEDEN

القانون: يوجد قانونان منفصلان جاري العمل بهما معاً.

أ ـ قانون الأول من يناير ١٩٨٢ بشأن رعاية مدمني المسكرات والمخدرات

١ ـ **الأسباب**: إذا احتاج أي شخص - بسبب استمراره على ادمان الكحول أو العقاقير المخدرة - إلى رعاية عاجلة للانقطاع عن الإدمان، ولم يمكن توفير مثل هذه الرعاية بموجب قانون الخدمات الإجتماعية لسنة ١٩٨٠ أو أي قانون آخر، فإنه يمكن أن تقدم له الرعاية اللازمة بموجب القانون أعلاه سواء بموافقته أو بدون موافقته، إذا توفر كذلك وجود أحد المواقف التالية:

أ ـ يعـرّض الشخص المعني صحته الجسمانية والعقلية للخطر الشديد بسبب الإدمان.
ب ـ يخشى أن يلحق أذى شديداً بنفسه أو بشخص قريب منه بسبب الادمان.

ويجوز لسلطات الشرطة وضع شخص سكير أو مدمن مخدرات تحت التحفظ فوراً إذا:

أ ـ كان من المرجح أن يتلقى الرعاية اللازمة بناء على هذا القانون.
ب ـ كان من غير الممكن إنتظار أمر المحكمة بشأن الرعاية نظراً لترجيح حدوث تدهور شديد في حالته الصحية مالم يتلقى عناية فورية، أو نظراً لوجود خطر داهم ـ بسبب حالته ـ يخشى منه أن يلحق أذى شديداً بنفسه أو بالغير.

ـ وبعد أن تقدم «ادارة المحافظة» طلب الرعاية بناء على القانون، يجوز للمحكمة أيضاً أن تصدر أمراً بوضع الشخص السكير أو مدمن المخدرات تحت التحفظ فوراً.

٢ ـ **الطلب**: يجب على «إدارة المحافظة» أن تتحرى عما إذا كان هناك سبب حقيقي لضرورة تقديم الرعاية اللازمة للشخص بناء على القانون. فإن وجد هذا السبب، تتقدم الإدارة المحلية بالمحافظة بطلب للرعاية.

ويتضمن هذا الطلب سرداً لظروف المدمن والاجراءات التي اتخذت سلفاً، ويوضح نوع الرعاية التي تطلبها هذه الإدارة، ومتى تبدأ، وفي أي دور الرعاية سيتم ادخاله.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: تصدر الأوامر المتعلقة بتقديم الرعاية وفقاً لهذا القانون بواسطة محكمة المحافظات. وينفذ أمر الرعاية الصادر عن المحكمة بواسطة لجنة الرعاية الاجتماعية.

وينقضي الأمر إذا لم تبدأ الرعاية في غضون أسبوعين من تاريخ سريان أمر المحكمة.

٤ ــ **الفحص الطبي**: يجب تقديم شهادة طبية تبين الحالة الصحية الراهنة للمدمن وذلك في أثناء الاجراءات القضائية. وفي حالة عدم وجود مانع خصوصي، يجب أن ترفق «إدارة المحافظة» هذه الشهادة مع الطلب الذي تتقدم به.

وإذا ثار أي شك حول ما إذا كان يجب تقديم الرعاية لشخص وفقا لهذا القانون، يجب أن تصدر ادارة المحافظة أمراً بفحصه طبياً وتعين طبيباً لهذا الغرض. فإذا لم يتضمن الطلب المقدم من «إدارة المحافظة» شهادة طبية، يجوز أن تأمر المحكمة نفسها باجراء الفحص الطبي. ولا يجوز الطعن في الأوامر التي تتطلب الفحص الطبي.

٥ ــ **برنامج العلاج**: وفقا لما ورد بالقسم الأول من قانون الخدمات الاجتماعية لسنة ١٩٨٠، فقد أنيط بالخدمات الاجتماعية مهمة قيادة كل أنواع الرعاية التي تستهدف مساعدة الأشخاص على الامتناع عن ادمان الكحول أو العقاقير المخدرة. ويجب أن تقوم الرعاية على أساس احترام حرية الإرادة وخصوصية الفرد، كما يجب أن يجري بقدر الإمكان تخطيط هذه الرعاية وتنفيذها بمشاركة الفرد نفسه:

ووفقا لما ورد بالقسم الحادي عشر من قانون الأول من يناير ١٩٨٢، فإن الرعاية تقدم بموجب هذا القانون عن طريق دور للرعاية تديرها مجالس المحافظات أو البلديات تستهدف بصفة خاصة تقديم الرعاية بموجب هذا القانون مع الإلتزام بالخطة المبينة في القسم ٢٣ من قانون الخدمات الاجتماعية لسنة ١٩٨٠. ولكل من هذه الدور هيئة تتولى إدارته.

وتبدأ الرعاية في المستشفى إن وجد ذلك مناسباً في حالات الرعاية التي جرى تخطيطها خلافاً لهذا، ومع ضرورة استيفاء الشروط المسبقة للرعاية في المستشفى. وإذا تطلب أي شخص أثناء فترة رعايته بالدار رعاية طبية لا يمكن أن تقدمها له الدار، فيحب أن تستمر الرعاية الطبية في المستشفى.

ووفقاً لنص القسم الثامن من القانون، يجب تقديم الرعاية اللازمة

للشخص المتحفظ عليه في إحدى دور الرعاية المشار إليها في القسم الحادي عشر بدون تأخير، أو تقديمها في المستشفى في الحالات المشار إليها أعلاه. وتقع على عاتق لجنة الرعاية الاجتماعية مسئولية الترتيب لمثل هذه الرعاية بعد أن تبلغها سلطات الشرطة بأن لديها شخصيا تحت التحفظ.

وتتخذ القرارات المتعلقة بالدخول أو الخروج من دور الرعاية المشار إليها في القسم الحادي عشر من القانون بواسطة هيئة الإدارة أو الشخص المسئول عن الرعاية بالدار المعنية.

٦ ــ **مدة الاستبقاء:** وفقاً لما ورد بالقسم السابع من القانون، يجب انهاء الرعاية التي جرت بموجب هذا القانون فور انجاز الغرض منها وبحيث لا تزيد عن شهرين من ابتدائها مالم يكن قد صدر بالفعل أمر تمديد وفقاً للمنصوص عليه بالقسم ١٦. وتنتهي الرعاية باصدار أمر الخروج كالموضح في القسم ١٣.

وينص القسم ١٥ من القانون على أنه ينبغي اعطاء الشخص الذي يتلقى الرعاية بموجبه الفرصة ـ في أقرب وقت بناء على الخطة الموضوعة للرعاية ـ لكي يغادر دار الرعاية التي دخلها وفقا للقسم ١٣ وذلك حتى يتلقى نوعاً آخر من الرعاية في مسكنه الخاص على أساس تجريبي.

ويقضي القسم ١٦ من القانون بجواز تمديد فترة الرعاية لمدة تصل إلى شهرين إذا تبين أن المحجوز يحتاج لمزيد من الرعاية لفائدة حالته الصحية أو لأي أسباب خاصة أخرى تقتضي التمديد.

وتصدر أوامر التمديد عن هيئة ادارة الدار المعنية. ولا يجوز تفويض صلاحية اصدار مثل هذه الأوامر إلى آخرين.

وتنفذ أوامر الحجز الفوري بدون إبطاء، أما الاستئناف الإداري ضد أوامر الحجز القضائية فيمكن تقديمه في أي وقت.

ويجوز اصدار أوامر تحويل وفقا للقسم ١٣ ـ البند الثاني، وتنفذ بأثر فوري

إن كان ذلك ضرورياً لأسباب تتعلق بالرعاية. وتأخذ أي أوامر أخرى تصدرها الهيئة الإدارية أو أي شخص مسئول عن الرعاية بالدار كالمشار إليه في القسم ١١ صفة النفاذ الفوري.

ويجوز أن تحكم المحكمة بأن امراً صادراً عن المحكمة يجب أن ينفذ فورياً.

٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٩ ــ **اجراءات الخروج**: (غير وارد).

ملاحظة: وفقاً لنص القسم ٣١ فإنه إذا اشتبه بأن شخصاً قدمت له الرعاية بموجب هذا القانون قد ارتكب فعلاً جنائياً لا تتجاوز عقوبته سنة واحدة سجن، وإذا كان الفعل الجنائي قد ارتكب قبل بدء الرعاية أو أثناء فترة الرعاية وأصبح قضية تنظرها النيابة العامة، فإنه يجوز للنائب العام أن ينظر فيها إذا كان من المناسب اتخاذ الاجراءات القضائية اللازمة. وينبغي استشارة هيئة ادارة الدار التي تلقي المشتبه به الرعاية فيها، أو استشارة الإدارة المحلية بالمحافظة إن كانت الرعاية قد استكملت، مالم تكن هذه الإستشارة غير ضرورية.

ب ــ القانون رقم ٥١١ في ١٠ يونيو ١٩٧٦ بشأن حجز الاشخاص السكارى

ملاحظة: ينسخ هذا القانون الأمر التشريعي رقم ١٨٤١ بشأن ادمان الخمر.

١ ــ **الأسباب**: يجوز لرجل الشرطة اعتقال أي شخص يتواجد في مكان عام داخلي أو خارجي، في حالة سكر بيّن بسبب تعاطي مشروبات كحولية أو مسكرات أخرى إذا كانت حالته لا تمكنه من العناية بنفسه، أو تجعله خطراً على نفسه أو الغير.

٢ ــ **الطلب**: الاعتقال بمعرفة الشرطة.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: الشرطة.

٤ ــ **الفحص الطبي**: حيثما تطلبت الحالة، يجب اخضاع الشخص للفحص الطبي في أقرب وقت ممكن وادخاله المستشفى إذا لزم الأمر.

٥ ــ **برنامج العلاج**: إذا وجد الشخص محتاجاً للمساعدة أو الرعاية الاجتماعية، يجب على الشرطة أن تقدم لـه النصح والمعلومات، وأن تستشير هيئات الرعاية الاجتماعية الأخرى المسئولة ـ حيثما كان مناسباً ـ من أجل تلبية هذه الإحتياجات. وتصادر عادة المشروبات الكحولية أو المسكرات الأخرى التي يعثر عليها مع الشخص المقبوض عليه وفقا لهذا القانون، ويطبق هذا الشرط كذلك على الحقن والإبر المشطوفة المستعملة في حقن المواد داخل الجسم.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: العادة أنه لا يجوز اعتقال الشخص لأكثر من ثمان ساعات.

٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٩ ــ **اجراءات الخروج**: (انظر الفقرة ٦ أعلاه).

* سويسرا (جنيف) SWITZERLAND (GENEVA)

القانون: قانون ٣ ديسمبر ١٩٧١ بشأن علاج وحجز مدمني الكحوليات.

ملاحظة: ينسخ هذا القانون قانون ١٨ يونيو ١٩٢٧ بشأن نفس الموضوع.

١ ــ **الأسباب**: أي شخص يعرض للخطر ـ نتيجة الإدمان على الخمر ـ صحته أو مصالحه أو مصالح أسرته المادية أو المعنوية، أو يشكل خطراً على نفسه أو على الغير، أو يتصرف بطريقة تلحق الضرر بالآخرين أو بالنظام العام.

٢ ــ **الطلب**: يحق لزوجة مدمن الخمر أو أبويه أو أبنائه أو أصهاره أو أقاربه أو أي من السلطات القضائية أو الإدارية أن تطلب تدخل محكمة الوصاية.

ويعهد إلى محكمة الوصاية تنفيذ هـذا القانـون وعليها تعيـين أحد أعضـائها لإجراء التحريات اللازمة واتخاذ الاجراءات الوقائية.

٣ ـ **سلطة اتخـاذ القرار**: محكمـة الوصـاية، ولهـا أن تصدر أمـرها بـاتخـاذ أحـد الإجراءات التالية:

أ ـ تقييم الحـالة بـواسطة خبـير طبي، ويتم ابـلاغ نتـائجـه إلى الشخص المعني الذي يجوز له البحث عن رأي ثان.

ب ـ العلاج الطبي داخلياً أو خارجياً.

جـ ـ الحجز في مؤسسة متخصصة.

ويجـوز للمحكمة أن تستعـين بالشرطـة لارغام مـدمن الخمر عـلى الحضـور أمامها.

٤ ـ **الفحص الطبي**: يجوز لمحكمة الوصاية ـ استنادا إلى نتائج التحريات ـ دعوة الشخص المعني إلى إجـراء فحص طبي، ومحاولـة اقناعـه بـاجـراء الفحص الطبي باختياره، واتخاذ كافة الاجراءات التي تراها مناسبـة. فإذا ثبت عـدم جدوى الاجراءات الوقائية، أو كانت الحالة عاجلة أو خطرة بصورة كافيـة، تمنح محكمة الوصاية للشخص فرصة سماعه (أو اعادة سـماعه) إن كـان هذا ممكناً، وتمديد فترة التحريات حسبما يتطلب الأمر.

٥ ـ **برنامج العلاج**: علاج طبي.

٦ ـ **مـدة الاستبقاء**: المـدة العاديـة للحجز هي ستـة شهـور، ولا تتجـاوز سنـة كاملة، ويجوز للمحكمة أن تأمر بالتمديد بحد أقصى سنة واحـدة أخرى إن رأت ضرورة لذلك في ضوء رأي الطـب والتقرير المرفوع من مدير المؤسسة. ويجوز تحديد مدة الحجز بسنتين إن كان الشخص المعني قد أخضـع لفترتـين كاملتين أو جزئيتين من الحجـز الاجباري خـلال السنوات الخمس السـابقة على بدء اجراءات الدعوى القضائية.

٧ ـ **الإستئنـاف**: يجوز للشخص المعني الاستئنـاف أمام هيئـة مكونـة من ثلاثـة

قضاة تابعين لمحكمة القضاء المدني خلال عشرة أيام تالية لإستلامه إشعار الحجز.

٨ ـ **المراجعة الدورية**: يجوز للمحكمة في أي وقت أن تلغي أو توقف تنفيذ اجراء سبق أن أمرت به، أو تبديله باجراء مختلف، ولها الحق في أن تأمر بوقف تنفيذ أمر الحجز شريطة امتناع الشخص المعني عن تعاطي الخمر بصفة كاملة. ويلغي وقف التنفذ في حالة عدم الإلتزام بالشروط التي صدر على أساسها.

٩ ـ **إجراءات الخروج**: يجوز إنشاء لجنة اختبار تناط بها صلاحيات مراقبة الأشخاص الذين يخرجون من مؤسسات العلاج. ولا تزيد فترة الإختبار عن سنتين وتتحمل لجنة خاصة تسمى «لجنة مراقبة المدمنين المحكومين» مسئولية مراقبة الأشخاص الذين تم ايداعهم في مستشفيات أو حجزهم في مؤسسات بسبب الإدمان على المسكرات بقرار صادر عن المحكمة الجنائية.
ويحق لهذه اللجنة أن:
أ ـ تأمر بخروج الشخص بمجرد اعتباره قد شفي.
ب ـ تأمر بخروج مشروط ووضع الشخص تحت المراقبة.
جـ ـ تأمر ـ حيثما يلزم ـ باعادة ايداع الشخص في المستشفى أو المؤسسة، وتطبق في مثل هذه الحالات النصوص المتعلقة بالمراقبة والمذكورة آنفاً، ويجوز تمديد فترة المراقبة إلى ثلاث سنوات.

* سويسرا (سانت جالين)
SWITZERLAND (ST. GALEN)

القانون: قانون ١٨ يوليو ١٩٦٨ بشأن مكافحة والسيطرة على ادمان المسكرات.

١ ـ **الأسباب**: لا يتقبل مدمن الخمر النصح أو العلاج باختياره، أو أن تلك الإجراءات لا تفلح في احداث أثر دائم.

٢ ــ **الطلب**: يتولى مركز الرعاية الإجتماعية ابلاغ الحالة إلى هيئة الوصاية التي تستدعي مدمن الخمر المحتمل وتعظه وتنصحه. فإن فشل التحذير والنصح في تحقيق النتائج المرجوه، يجوز لهيئة الوصاية أن تأمر باتخاذ اجراءات معينة (مثل منع الشخص المعني من تعاطي الخمر)، فإذا لم يلتزم الشخص بالإجراءات التي أمر بها، يطلب إليه الخضوع للفحص الطبي الذي يحتمل أن يجري في عيادة نفسية أو عيادة طبية.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: هيئة الوصاية، عند صدور موافقة الإدارة المختصة.

٤ ــ **الفحص الطبي: يحتمل أن يجري في عيادة نفسية أو عيادة طبية.**

٥ ــ **برنامج العلاج**: العلاج في عيادة نفسية أو مصحة لمدمني المسكرات لمدة سنة واحدة. وفي الحالات التي يصعب شفاؤها، يجوز حجز الشخص في مؤسسة مناسبة لمدة تتراوح من سنة إلى ثلاث سنوات. وإذا كان الشخص خطراً على المجتمع، يحجز في مستشفى للطب النفسي طالما ظل خطره قائماً.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: أنظر الفقرة ٥ أعلاه. ويجوز تعليق تنفيذ أمر الحجز لفترة اختبار من سنة إلى سنتين يتم خلالها رعاية الشخص في أحد مراكز الرعاية الاجتماعية. فإذا ثبت عدم نجاحه، ينفذ أمر الحجز. وإذا لم يطع الشخص الأوامر الطبية أو النظم الداخلية في المؤسسة، يجوز تحويله إلى مؤسسة أخرى أنسب لحالته.

٧ ــ **الاستئناف**: يجوز تقديم الاستئناف ضد الاجراء التي تأمر بها هيئة الوصاية إلى الجهة المسئولة عن شئون الوصاية.

٨ ــ **المراجعة الدورية**: أنظر الفقرة ٦ أعلاه.

٩ ــ **اجراءات الخروج**: بعد استكمال فترة الحجز المقررة، يفرج عن الشخص افراجاً مشروطاً ويوضع تحت المراقبة والاختبار لمدة سنة إلى ٣ سنوات. وإذا رجع الشخص إلى عاداته السابقة (أي انتكس) خلال هذه الفترة، يعاد حجزه مرة أخرى في مؤسسة لمدة سنة إلى ٣ سنوات استنادا إلى نتائج

الفحص الطبي. ويؤدي انجاز فترة المراقبة والاختبار بصورة مرضية إلى الافراج النهائي عنه.

* تايلاند THAILAND

القانون: قانون المواد المنشطة لسنة ١٩٧٥

ملاحظة: لا يوجد في تايلاند قانون بشأن علاج الأشخاص المعوّلين على المسكرات

١ ــ **الأسباب**: الإدمان على مادة منشطة، وقد تم تعريفها بأنها «مادة منشطة سواء كانت طبيعية أو مشتقة من الطبيعة أو مركبة».
وتعني عبارة «مدمن على مادة منشطة» كل شخص يتعاطى أو يبتلع أو يستعمل بأي طريقة كانت «مادة منشطة وتظهر عليه أعراض ادمان المادة المنشطة والتي يمكن اكتشافها بوسائل علم الطب».

٢ ــ **الطلب**: الأمين العام لمجلس مكافحة المخدرات (أو من ينوب عنه).

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: الأمين العام لمجلس مكافحة المخدرات بناء على توصية أو مشورة من مجلس المواد المنشطة. ويصبح كل شخص معول على المواد المنشطة يرفض قبول العلاج أو التأهيل عرضة لعقوبة السجن والغرامة، مع حجز الشخص بعدها للعلاج أو التأهيل وفقا للأمر الأصلي.

٤ ــ **الفحص الطبي**: (غير وارد).

٥ ــ **برنامج العلاج**: يكون الحجز للعلاج أو التأهيل واستعادة القدرة (لم يرد لها تعريف محدد) وتقع على عاتق وزارة الصحة العامة مسئولية توفير العلاج المناسب والتأهيل والتعليم والتدريب والعناية اللاحقة واستعادة القدرة للأشخاص المحجوزين حتى يمكن اندماجهم في المجتمع ويتحرروا من الإدمان على المواد المنشطة.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: ١٨٠ يوماً.

٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: في الحالات التي يلزمها مزيد من العلاج أو التأهيل واستعادة القدرة، يجوز للأمين العام لمجلس مكافحة المخدرات (أو من ينوب عنه) الموافقة على تمديد الفترة لمدة لا تتجاوز ١٨٠ يوماً.

٩ ــ **اجراءات الخروج**: (غير وارد).

* ترينداد وتوباجو TRINIDAD & TOBAGO

القانون: القانون رقم ٣٠ لسنة ١٩٧٥ (قانون بشأن حجز ورعاية وعلاج الاشخاص المصابين بأمراض عقلية).

ملاحظة: يجري التعامل مع الأشخاص المعولين على المخدرات أو المسكرات وفقاً لنصوص قانون الصحة النفسية.

* تونس TUNISIA

القانون: القانون رقم ٦٩ ـ ٥٤ في ٢٦ يوليو ١٩٦٩ في شأن اللائحة الخاصة بالمخدرات.

١ ــ **الأسباب**: التعويل على المخدرات لدى اكتشافه بواسطة:
أ ــ الأطباء أثناء ممارسة أعمالهم.
ب ــ سلطات الصحة العامة عند وصف العقاقير المؤدية للإدمان.

٢ ــ **الطلب**: يتلقى «مجلس التعويل على المخدرات» المعلومات والوثائق المقدمة من سلطات الصحة العامة أو الأطباء حول الاشتباه في حالات التعويل على العقاقير المخدرة.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: «مجلس التعويل على المخدرات» المكون من ثلاثة أطباء يرشحهم وزير الدولة للصحة العامة.

٤ ــ **الفحص الطبي**: غير وارد.

٥ ــ **برنامج العلاج**: علاج الإدمان في مؤسسة متخصصة بموجب الشروط التي يحددها الأمر الصادر عن وزير الدولة للصحة العامة.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: (غير وارد).

٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٩ ــ **إجراءات الخروج**: (غير وارد).

* إتحاد الجمهوريات السوفيتية الاشتراكية · USSR (RUSSIA)
(جمهورية روسيا السوفيتية الاتحادية الاشتراكية)

ملاحظة: بموجب القوانين الصادرة عن مجلس رئاسة جمهورية روسيا السوفيتية الاتحادية الاشتراكية، يقتضي اخضاع الأشخاص المعولين على المسكرات والمخدرات بصورة مزمنة للملاحظة المستمرة والعلاج في مراكز متخصصة للمتابعة. ويكون الأشخاص المعولين على المسكرات أو المخدرات بصورة مزمنة ممن يرفضون العلاج الطوعي أو يستمرون في سوء استعمال الكحول أو تعاطي المخدرات بعد العلاج، والذين ينتهكون نظام العمل أو النظام العام أو قواعد الحياة في المجتمع الاشتراكي معرضين للحجز في مصحات للعلاج والتأهيل المهني حيث يتلقون علاجاً اجبارياً.

القانون: يوجد مرسومان بقانون معمول بهما معاً:

أ ــ مرسوم ٢٥ أغسطس ١٩٧٢ في شأن العلاج الاجباري والتأهيل المهني للأشخاص المعولين على المخدرات الذين يتهربون من العلاج أو يستمرون في تعاطي المخدرات بعد العلاج المبدئي.

١ ــ **الأسباب**: الأشخاص المعولين على المخدرات الذين يتهربون من العلاج أو يستمرون في تعاطي العقاقير المخدرة بعد العلاج أو يعتدون على نظام العمل أو النظام العام أو قواعد الحياة في المجتمع الإشتراكي وذلك على الرغم من الإجراءات التأديبية التي اتخذت بحقهم أو الخطوات التي اتخذت اجتماعيا وادارياً.

٢ ــ **الطلب**: طلب كتابي يقدم من المنظمات الشعبية أو التجمعات العمالية أو إدارات الدولة.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: تعقد المحكمة جلسة علنية لنظر الشكوى ويستدعي الشخص الذي تتعلق به القضية للمثول أمامها. وحيثما كان ضروريا، يجب أن يحضر الجلسة أيضاً ممثلون عن المنظمات الشعبية أو التجمعات العمالية أو الجهات الحكومية التي قدمت الطلب وتتولى الجهات المسئولة عن الشئون الداخلية اعداد وتقديم الوثائق التي يتعين على المحكمة أن تنظر فيها.

وإذا لم يحضر الشخص الذي تتعلق به شكوى بخصوص العلاج الإجباري أو التأهيل المهني لإجراء الفحص الطبي أو المسئول أمام المحكمة، فإنه يكون عرضة لاعتقاله بواسطة الجهات المسئولة عن الشئون الداخلية.
وتنفذ الجهات المسئولة عن الشئون الداخلية القرار الصادر عن المحكمة في مدة لا تتجاوز عشرة أيام من تاريخ اصداره.
ولا ينطبق قرار الحجز في المصحات المغلقة على المذكورين بعد:

أ ـ الأشخاص الذين يعانون من أمراض عقلية مزمنة، وبعض فئات الأشخاص المعاقين، والنساء الحوامل والأمهات المرضعات، والأشخاص الذين يعانون من أمراض خطرة تمنع من استبقائهم في المصحة المغلقة.

ب ـ الذكور فوق ستين عاماً والإناث فوق خمسة وخمسين عاماً، والأشخاص ممن تقل سنهم عن ثمانية عشرة عاماً. وفي حالات استثنائية، يجوز حجز القصر المعولين على المخدرات الذي بلغوا سن السادسة عشرة في المصحات المغلقة.

٤ ـ **الفحص الطبي**: فحص سريري.

٥ ـ **برنامج العلاج**: يقضي القانون بضرورة خضوع الأشخاص المعولين على المخدرات «لدورة علاج خاص كاملة في مؤسسات علاجية ووقائية تابعة لوزارة الصحة في جمهورية روسيا السوفيتية في محال اقامتهم».

٦ ـ **مدة الاستبقاء**: من سنة إلى عشر سنوات. وإذا تهرب من العلاج، يجوز تمديد فترة الحجز مدة لا تزيد عن سنة واحدة بقرار من المحكمة البلدية المختصة في المنطقة التي تقع بها المصحة.

فإذا نجح العلاج والتأهيل المهني، يجوز - بناء على نتائج الفحص الطبي - تخفيض مدة الحجز بما لا يزيد عن نصف الفترة المقررة وذلك بموجب قرار من المحكمة البلدية المختصة في دائرة المصحة. ولا يجوز خفض مدة الحجز للأشخاص الذين يتكرر حجزهم في مصحات العلاج والتأهيل المهني.

٧ ــ **الإستئناف**: تعتبر القرارات التي تصدرها المحكمة في شأن الحجز المبدئي، وتمديد الحجز بسبب التهرب من العلاج، وخفض مدة الحجز بسبب نجاح العلاج قرارات نهائية ولا تخضع للإستئناف.

٨ ــ **المراجعة الدورية**: انظر الفقرة ٧ أعلاه.

٩ ــ **إجراءات الخروج**: يجوز الأمر بخروج الأشخاص المحجوزين في مصحة مغلقة قبل المدة المقررة وذلك بموجب قرار من المحكمة إذا تبين أن استمرار استبقائهم في المؤسسة يتعارض مع ظروف إصابتهم بمرض خطير.

ب ــ مرسوم الأول من مارس ١٩٧٤ في شأن العلاج الإجباري والتأهيل المهني لمدمني المسكرات بصورة مزمنة.

١ ــ **الأسباب**: يكون مدمنو المسكرات بصورة مزمنة الذين يرفضون الخضوع للعلاج الطوعي أو يستمرون في إساءة استعمال الكحول بعد العلاج، والذين ينتهكون نظام العمل أو النظام العام أو قواعد الحياة في المجتمع الإشتراكي على الرغم من الإجراءات الإدارية والاجتماعية التي تتخذ حيالهم، عرضة للحجز في مصحات العلاج والتأهيل المهني المغلقة لتلقي العلاج الاجباري والتأهيل المهني.

٢ ــ **الطلب**: كما في حالة «الأشخاص المعولين على المخدرات» باستثناء إضافة «المنظمات الاجتماعية» إلى الجهات التي يمكنها أن تتقدم بالإلتماس أو الطلب المكتوب.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: كما في حالة الأشخاص المعولين على المخدرات.

٤ ــ **الفحص الطبي**: نتائج الفحص الطبي.

٥ ــ **برنامج العلاج**: يخضع المعولون على الخمر بصورة مزمنة «لدورة علاج

خاص كاملة في مؤسسات علاجية ووقائية تابعة لوزارة الصحة في جمهورية روسيا السوفيتية في محال اقامتهم».

٦ ـ **مدة الاستبقاء**: كما في حالة المعولين على المخدرات.

٧ ـ **الإستئناف**: كما في حالة المعولين على المخدرات.

٨ ـ **المراجعة الدورية**: كما في حالة المعولين على المخدرات.

٩ ـ **اجراءات الخروج**: كما في حالة المعولين على المخدرات.

ملاحظة: يكون أي شخص محكوم عليه بالسجن لجريمة ارتكبها في مصحة العلاج والتأهيل المهني أو ارتكبها قبل ادخاله المصحة ولكن بعد أن قررت محكمة الشعب حجزه للعلاج الاجباري من الادمان المزمن على الكحول، عرضة (بعد قضاء فترة السجن) لحجزه اجباريا في مصحة مغلقة لبقيّة فترة العلاج غير المستكملة حيثما أوضحت نتائج الفحص الطبي ضرورة مثل هذا العلاج.

* المملكة المتحدة (انجلترا وويلز)

UNITED KINGDOM (ENGLAND & WALES)

ملاحظة: يحكم قانون الصحة النفسية لسنة ١٩٥٩ استقبال ورعاية وعلاج المرضى المختلين عقلياً وينص على ادخالهم اجباريا إلى المستشفيات وكذا على وضعهم تحت الوصاية القضائية. ويجوز ادخال الأشخاص المعولين على المخدرات أو الخمر إلى المستشفى اجبارياً، ولكن احدى مواد القانون المعدل سنة ١٩٨٢ تنص على: «أنه لا شيء في هذه المادة يمكن أن يُفهم منه بأنه ينطوي على جواز معاملة شخص بموجب القانون باعتباره يعاني من اضطراب عقلي فقط لمجرد أنه معول على الخمر أو المخدرات».

* الولايات المتحدة الأمريكية U.S.A. (FEDERAL)

(القانون الإتحادي)

القانون: قانون تأهيل مدمني المخدرات لسنة ١٩٦٦ وتعديلاته (القانون العام رقم ٨٩/٧٩٣)

ملاحظة: يقرّر القسم ٣٤٠١ (إعلان السياسات) أن سياسة الكونجرس تقضي بأنه فيما يتعلق ببعض الأشخاص المتّهمين أو المدانين بانتهاك القوانين الجنائية الإتحادية الذين يثبت أنهم مدمنون على العقاقير المخدرة وأنه يحتمل تأهيلهم عن طريق العلاج، بأنه بدلاً من اقامة الدعوى أو الحكم عليهم، يجب حجزهم مدنياً لغرض الحبس والعلاج الذي يستهدف تحقيق استعادتهم بصحتهم وعودتهم أعضاء نافعين في المجتمع.

وتقضي سياسة الكونجرس أيضاً بأن تتاح لبعض الأشخاص المدمنين على العقاقير المخدرة ممن لم يتهموا بارتكاب أي جرم، الفرصة لتلقي العلاج عن طريق الحجز المدني الاجباري حتى يمكن تأهيلهم وعودتهم أفراداً نافعين في المجتمع، وحتى يمكن حماية المجتمع بصورة فعالة من الإنحراف والجريمة نتيجة لادمان المخدرات.

١ ــ **الأسباب**: الأشخاص المدمنون على العقاقير المخدرة، ولكن القسم الثاني من الفصل المعنون: (الحجز المدني لأشخاص غير متهمين بأي جرائم جنائية) يقرر بأن نصوص هذا القسم الثاني لا تطبق على أي شخص تتوفر ضده تهمة جنائية معلقة سواء عن طريق الإتهام أو التبليغ لم تثبت بصفة قاطعة، أو ذلك الذي يكون موضوعاً تحت المراقبة، أو الذي لم ينفذ بالكامل الفترة المحكوم بها عقب ادانته عن هذه التهمة بما في ذلك فترة وقف تنفيذ العقوبة أو الإفراج الإجباري، مع استثناء أن هذا النص ينطبق على ذلك الشخص الموضوع تحت المراقبة أو وقف تنفيذ الحكم أو الإفراج الإجباري إذا وافقت السلطة التي لها حق طلب عودته إلى السجن على حجزه اجبارياً.

وجاء في القسم ٣٤١١ تعريف لبعض المصطلحات الواردة في القسم الثاني بشأن الحجز المدني الإجباري كالآتي:

أ ــ «مدمن المخدرات» تعني هذه العبارة أي شخص اعتاد تعاطي عقاراً مخدراً بشكل يعرض للخطر الأخلاق والصحة والسلامة والمصلحة العامة، أو ذلك الذي يذهب به الإدمان على تعاطي مثل هذه العقاقير المخدرة لدرجة فقدان القدرة على السيطرة على نفسه فيما يتعلق بالإدمان.

ب ــ «العلاج» ويشتمل عـلى الحجز والعـلاج في مستشفى تابـع لوزارة الصحـة العامة وتحت إشراف العناية اللاحقة في المجتمع، وتتضمن ـ وإن لم تقتصر عـلى ـ الخدمـات الطبيـة، والتعليمية، والإجتماعية، والنفسيـة، والمهنية، والإرشاد التصحيحي والوقـائي، والتدريب، وخـدمات التـأهيل الأخـرى التي تستهدف حماية الجمهور واستفادة المدمن عن طـريق القضاء نهائيـا على تعويله على ادمان العقاقـير المخدرة، أو السيـطرة على هـذا التعويـل أو على قابليته للإدمان.

جـ ــ «كبير الأطباء» هو كبير الأطباء في دائرة الصحة العامة.

د ــ «مستشفى الخدمة» هو أي مستشفى أو مرفق آخر تابع لدائرة الصحة العامة مجهز خصيصاً لإقامة المـدمنين، وكـذا أي مستشفى أو مرفق عـام أو خاص مناسب يتوفر لكبير الأطباء من أجل رعاية وعلاج المدمنين.

هـ ــ «المـريض» هو كـل شخص قدمت بحقـه شكوى كتـابية من قبـل المحـامي العام بالولايات المتحدة.

و ــ «برنامج ما بعد المستشفى» تعني أي برنـامج يضعـه كبير الأطبـاء فيما يختص بعلاج ومراقبة شخص معين.

ز ــ «الولاية» تشتمل محافظة كولومبيا وولاية بورتوريكو.

حـ ــ «الولايات المتحدة» تشمل كذلك ولاية بورتوريكو.

ط ــ «الفـرد القريب» يعني أي شخـص يقيم معـه مدمن المخـدرات المـزعـوم أو يسكن في بيته، أو هو الزوج أو الزوجة، الأب أو الأم، الأخ أو الأخت، أو الإبن أو أقرب الأقارب الموجودين لمدمن المخدرات المزعوم.

٢ ــ **الطلب**: ينص القسم ٣٤١٢ (الإجراءات القانونية المبدئية) على ما يلي:

أ ـ باستثناء مـا يرد بـه نص يخالف ذلـك، وحيثما رغب مـدمن مخدرات في الحصـول على العـلاج اللازم من الإدمـان، وحيثما تـوفر لفـرد قريب سبب للإعتقاد بأن أي شخص مدمن مخدرات، فإنه يجوز لهذا المدمن أو للفـرد القريب تقـديم التماس كتـابي إلى المحامي العـامي للولايات المتحدة بالمحافظة التي يقيم أو يتواجد بها هذا المدمن أو هذا الشخص يـطلب فيه ايـداع هذا المـدمن أو هذا الشخص في مستشفى الخـدمة

التابع لدائرة الصحة العامة لعلاجه من الادمان. ويجب أن يحتوي مثل هذا الطلب المقدم من مدمن المخدرات على اسمه وعنوانه والحقائق المتعلقة بالإدمان. كما يجب أن يحتوي مثل هذا الطلب المقدم من فرد قريب بحق شخص يعتقد هذا الفرد بأنه مدمن مخدرات على اسم وعنوان مدمن المخدرات المزعوم والحقائق والبيانات الأخرى التي يقيم عليها مقدم الطلب اعتقاده بأن الشخص المشكو ضده مدمن مخدرات.

ب ــ بعد دراسة مثل هذا الإلتماس، يجب على المحامي العام ـ إذا ثبت لديه أن هناك من الأسباب ما يدعو للإعتقاد بأن الشخص المسمى في الالتماس مدمن مخدرات، وأنه لا تتوفر المرافق المناسبة له التابعة للولاية أو غيرها من المرافق، أن يقدم طلباً إلى المحكمة الإقليمية للولايات المتحدة لحجز هذا الشخص في مستشفى تابع لدائرة الصحة العامة لعلاجه وفقا لما نص عليه القانون. ولكي يقطع المحامي العام في عدم توفر تلك المرافق، عليه أن يستشير كبير الأطباء أو غيره من المسئولين الإتحاديين أو المحليين.

جـ ــ عند تقديم مثل هذا الطلب من جانب المحامي العام الإتحادي، يجوز للمحكمة أن تأمر المريض بالمثول أمامها لعرضه على الفحص الطبي بواسطة الأطباء وفقا لنص المادة ٣٤١٣ من هذا القانون، ولسماع أقواله ـ إذا استلزم الأمر ـ وفقاً للمادة ٣٤١٤ من هذا القانون . ويجب على المحكمة الايعاز بتسليم نسخة من هذا الطلب والأمر شخصياً إلى المريض بمعرفة ضابط من الشرطة الاتحادية .

٣ ــ سلطة اتخاذ القرار:

يجب على المحكمة أن تخطر على الفور أي مريض يمثل أمامها بناء على أمر صادر بموجب البند (جـ) من المادة ٣٤١٢ (أعلاه) من هذا القانون، بأن له الحق في: (١) أن يوكل عنه محام في كل مرحلة من مراحل الاجراءات القضائية، وأنه إن لم يكن قادراً على توكيل محام بسبب ظروفه المالية، فإن المحكمة تقوم ـ بناء على طلب المريض ـ بتعيين محام ليمثله، (٢) وأن يحدد

طبيباً مؤهلاً يوكل إليه هذا المريض مهمة الإستشارة أثناء أي فحص يجري له بموجب هذا البند، ولكنه لا يحق لهذا الطبيب بأي حال أن يشارك في هذا الفحص أو في اعداد التقرير المطلوب بموجب هذا البند فيما يتعلق بالفحص الطبي. ويجب على المحكمة كذلك أن تخطر هذا المريض بأنه إذا ثبت ـ بعد اجراء الفحص الطبي وسماع الأقوال وفقاً للمنصوص عليه بهذا البند ـ بأنه مدمن مخدرات وأنه يحتمل تأهيله عن طريق العلاج، فإنه سيحال إلى كبير الأطباء لحجزه للعلاج، وأنه لن يستطيع الانسحاب باختياره من هذا العلاج، وأن العلاج (بما في ذلك العلاج والمراقبة في فترة مابعد الخروج من المستشفى) سوف يستغرق ٤٢ شهراً، وأنه سيحجز طوال مدة العلاج داخل مؤسسة، وأنه سيظل على مدى فترة ثلاثة أعوام عقب الإفراج عنه في الحجز موضوعاً تحت رعاية وملاحظة كبير الأطباء للعلاج والمراقبة وفقاً لبرنامج العلاج لما بعد المستشفى الذي وضعه كبير الأطباء، وأنه لو اخفق أو رفض التعاون في مثل هذا البرنامج، أو إذا قرر كبير الأطباء أنه عاد إلى استعمال العقاقير المخدرة، فإنه يجوز اعادة حجزه لمدة حجز اضافية في مؤسسة يتبعها برنامج علاج ومراقبة اضافية لفترة ما بعد الحجز بالمستشفى. وبعد ابلاغ المريض بهذه الأمور، تعين المحكمة اثنين من الأطباء المؤهلين، يجب أن يكون احدهما طبيباً نفسانياً، لفحص المريض. ولغرض الفحص الطبي، يجوز أن تصدر المحكمة أمراً بحجز المريض للفترة المعقولة التي تقررها وبحيث لا تزيد على عشرة أيام للتحفظ عليه بمعرفة كبير الأطباء في مستشفى مناسب أو مرفق آخر تحدده المحكمة. ويتولى كل طبيب عينته المحكمة، خلال الفترة التي حددتها المحكمة، فحص المريض ورفع تقرير مكتوب إلى المحكمة بهذا الفحص الطبي. ويجب أن يشتمل كل تقرير بياناً بالنتائج التي يتوصل إليها الطبيب الفاحص عما إذا كان المريض المفحوص مدمناً على المخدرات، وأنه يحتمل تأهيله عن طريق العلاج. وعند تقديم هذه التقارير، يجب اعادة المريض الذي تم فحصه إلى المحكمة لمتابعة الاجراءات القضائية وفقاً لما تراه استناداً إلى هذا البند، كما يجب توفير نسخ من تلك التقارير لكل من المريض ومحاميه.

إذا خلص كـل من الطبيبـين الفاحصـين المشار إليهـا أعلاه في تقـريـرهما المكتوبين إلى أن المريض ليس مدمن مخدرات، أو أنه مـدمن لا يرجى تـأهيله عن طريق العلاج، فيجب على المحكمة أن تسجل على الفور أمرها بخروج المـريض واسقاط الدعوى القضائية المقامة بموجب هـذا القانـون. أما إذا أشـار تقريـر كلا الطبيبين معاً أن المريض مدمن مخدرات يرجى تأهيله عن طريق العلاج، أو إذا لم يستطع الطبيب الذي قدم التقـرير الـوصول إلى أي نتيجـة بسبب رفض المريض اجـراء الفحص الشامـل، يجب على المحكمـة أن تبدأ نـظر القضية عـلى وجه عـاجل. وتـأمر المحكمـة بتسليم المريض شخصيـاً ومحاميـه اشعاراً كتـابياً بمـوعد ومكان الجلسة. ويجب أن يذكر في الإشعار كذلك أنه بنـاء على طلب منـه يقدمـه خلال ١٥ يوماً من تاريخ الاستلام، يحق له أن يطلب وضع كل الحقـائق المتعلقة بتهمة ادمان المخـدرات لاتخاذ قـرار بشأنها بمعـرفة المحلفـين. فإذا لم يقـدم طلب تعيين المحلفين في الموعد المحدد، تتولى المحكمة سماع القضية واتخاذ قرار في كافة التهم والمسائل المتعلقة بها بدون هيئة محلفين.

فإذا توصلت المحكمة إلى قرار بعد سماع القضية إلى أن هذا المريض مدمن مخدرات يرجى تأهيله عن طريق العلاج، فيجب أن تأمر المحكمة بحجزه بغرض الرعاية والتحفظ عليه بمعرفة كبير الأطباء للعلاج في مستشفى تابع لدائرة الصحة العامة. وعلى كبير الأطباء أن يقدم تقارير مكتوبة بشـأن هذا المـريض في الأوقات التي تتطلبها المحكمة. وتتضمن مثل هذه التقارير معلومات عن الحـالة الصحيـة والحالة العامة للمريض مع توصيات كبير الأطباء بخصـوص استمرار حجـز هذا المريض.

٤ ــ **الفحص الطبي**: انظر الفقرة ٣ أعلاه.

ملاحظة: أي طبيب يجري فحصا طبيـاً بموجب هـذه الفقرة لابـد أن يكون شاهداً مختصاً وأساسياً في أي جلسة استماع أو أي اجراءات قضائية أخـرى تجري بنـاء على هـذه الفقرة. كـما أن المعلومات التي يحصـل عليها من الفحص الـطبي والأقوال التي يدلي بهـا المريض إلى الـطبيب لا تعتبر سريـة وإنما يجـوز للطبيب أن يكشف عنها في تقاريره وشهادته أمام المحكمة.

٥ ــ **برنامج العلاج**: بغض النظر عن النصوص الأخرى الواردة في القسم الثاني، فإنه لا يجوز حجز مريض في مستشفى تابع لدائرة الصحة العامة بموجب هذا القانون إذا ما شهد كبير الأطباء بعدم توفر التجهيزات أو الأفراد المطلوبين لعلاج هذا المريض ويفوّض كبير الأطباء باجراء أي ترتيبات مع أي جهة عامة أو خاصة أو أي شخص يتم بموجبها توفير التجهيزات أو الخدمات التابعة لهذه الجهات أو الأشخاص ـ على أساس سداد ما يستحق مقابل ذلك أو خلافه ـ لغرض فحص وعلاج الأفراد بناء على ما ورد في نصوص هذه المادة.

وكذلك يخولّ كبير الأطباء بانشاء خدمات علاج خارجية ـ كجزء لا يتجزأ من برنامج علاج ادمان المخدرات ـ بهدف:

١ ــ تقديم الإرشاد والمساعدة النفسية والإشراف على المرضى وغيرهم من الأفراد الذين تفرج عنهم مستشفيات دائرة الصحة العامة بعد علاجهم من الإدمان على العقاقير المخدرة وذلك باستعمال كافة الموارد المتاحة لدى الجهات المحلية والعامة والخاصة.

٢ ــ معاونة الولايات والبلديات في وضع برامج علاجية واقامة المرافق والتجهيزات والخدمات للأفراد المدمنين بما في ذلك برامج وخدمات ما بعد الخروج من المستشفى لرعاية ومراقبة مدمني المخدرات الذين يفرج عنهم بعد حجزهم بموجب هذا القانون أو أي قانون آخر ينص على علاج ادمان المخدرات. ويجب على كبير الأطباء أن يأخذ في اعتباره عند توفير تلك الخدمات: مدى ادمان المخدرات في الولايات المتحدة وتقسيماتها السياسية، ومدى رغبة هذه الولايات وتقسيماتها في التعاون من أجل وضع برامج سليمة لرعاية وعلاج وتأهيل مدمني المخدرات.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: يجب حجز أي مريض يعهد به إلى كبير الأطباء للرعاية والتحفظ عليه لمدة ستة شهور، ومن ثم يخضع لبرنامج الرعاية لما بعد الحجز بالمستشفى (لمدة تصل إلى ثلاث سنوات للتأهيل بعد الحجز في المستشفى)، باستثناء أن يكون مثل هذا المريض قد أفرج عنه كبير الأطباء

في أي وقت قبل انتهاء مدة الستة أشهر إذا قرر كبير الاطباء أن المريض قد شفي من إدمانه على المخدرات وتم تأهيله تماماً، أو أن استمرار حجزه لم يعد ضرورياً ولا مرغوباً.

٧ ـ **الاستئناف**: عند نظر أي قضية بموجب الفقرة الثانية من هذه المادة، يجب على المحكمة أن تحصل على، وتنظر في كافة الأدلة المناسبة والشهادات التي يمكن توفرها بما في ذلك محتويات التقارير المشار إليها في المادة ٣٤١٣ من هذا القانون. ويحق لأي مريض تعقد بشأنه جلسة استماع بموجب هذه الفقرة أن يدلي بشهادته وأن يقدم أو يواجه الشهود. وتخضع للمراجعة كل الأوامر النهائية للحجز بموجب هذه الفقرة.

ويجوز أن تأمر المحكمة بحجز أي مريض عقدت بشأنه جلسة استماع بموجب هذه الفقرة لفترة زمنية معقولة في مستشفى مناسب أو أي مرض آخر تحدده المحكمة إلى أن يتم نظر القضية.

٨ ـ **المراجعة الدورية**: بموجب طلب يقدمه أي مريض بعد حجزه وفقاً لنصوص هذه الفقرة لمدة تزيد على ثلاثة شهور، يجب على المحكمة أن تجري تحريات بشأن الحالة الصحية والعامة للمريض، وحسبما تقتضي الضرورة ـ إن وجدت ـ بشأن استمرار حجزه أيضاً. فإذا وجدت المحكمة ـ سواء في جلسة الاستماع أو بدونها ـ أن استمرار حجزه لم يعد ضرورياً ولا مرغوباً، يجب أن تصدر أمرها بالإفراج عن المريض من الحجز وإعادته للمحكمة. ويجوز للمحكمة ـ فيما يتصل بمثل هذا المريض بعد اعادته إليها ـ أن تأمر بوضع هذا المريض ضمن برنامج الرعاية لما بعد الحجز في المستشفى.

٩ ـ **اجراءات الخروج**: انظر الفقرتين ٣ ، ٨ أعلاه.

* الولايات المتحدة الامريكية U.S.A. (MASSACHUSSETS)
(ولاية ماساشوستس)

القانون: تجري معاملة الحجز والعلاج وتأهيل الأشخاص المعولين على المسكرات والمخدرات بموجب ثلاثة فصول مستقلة من القوانين العامة.

أ ـ الفصل ٢٣ من القوانين العامة

بشأن علاج وحجز المصابين بأمراض عقلية والأشخاص المتخلفين عقلياً.

ملاحظة: توجد النصوص الخاصة بالحجز الإجباري للأشخاص المعولين على الخمر في القسم الخامس والثلاثين؛ ولكن لا توجد نصوص مشابهة فيما يتعلق بالمعولين على المخدرات.

القسم ٣٥: (حجز مدمني الخمر؛ العناية والعلاج).

ورد تعريف «مدمن الخمر» بأنه شخص يتعاطي بصفة مزمنة أو اعتيادية المشروبات الكحولية إلى الحد الذي (١) يؤذي صحته بصورة جوهرية أو يؤثر بصورة جوهرية على أدائه الاجتماعي والاقتصادي أو (٢) يفقد القدرة على السيطرة على نفسه فيما يتعلق باستعمال مثل هذه الكحوليات. ويجوز لأي ضابط شرطة أو طبيب أو زوج أو قريب أو ولي الأمر أن يقدم طلباً كتابياً إلى أي محكمة اقليمية حتى تأمر بحجز شخص يعتقد بأنه مدمن خمر. ولدى استلامها طلب اصدار الأمر بحجز شخص وبعد أن يدلي مقدم الطلب بأي أقوال تطلبها المحكمة بعد حلف اليمين، تحدد المحكمة موعداً للنظر في الطلب وترسل استدعاء ونسخة من الطلب إلى الشخص وفقاً لما ورد في القسم ٢٥ من الفصل ٢٧٦. فإذا لم يمثل الشخص أمامها في الموعد المحدد للجلسة، يجوز للمحكمة اصدار مذكرة اعتقال بحق هذا الشخص. ويحق للشخص أن يوكل عنه محام وان يقدم خبيراً مستقلاً أو أي شهادة أخرى. فإذا تبين للمحكمة أن الشخص معسر يجب أن تعين له محام على الفور. وعليها أن تأمر بفحصه طبيبا بواسطة طبيب مؤهل. فإذا وجدت المحكمة بعد سماع القضية وعلى أساس الشهادة الطبية المتخصصة أن هذا الشخص مدمن مسكرات. وأنه يتوفر احتمال قوي للأذى الشديد نتيجة ادمان الخمر، فإنه يجوز لها أن تأمر بحجزه لمدة لا تزيد على خمسة عشر يوما.

ب ـ الفصل ١١١ ب من القوانين العامة

قانون علاج وتأهيل مدمني المسكرات لسنة ١٩٧١ وتعديلاته.

ملاحظة: ورد تعريف المصطلحات التالية في القسم ٣ من الفصل ١١١ ب بعنوان (علاج الإدمان طوعياً وفي الحالات الطارئة).

- تعني عبارة «إدمان الخمر» مرض قابل للتشخيص طبياً يتميز بتعاطي المشروبات الكحولية بصفة مزمنة، أو اعتيادية، أو دورية وينتج عنه (١) تأثير كبير على الأداء الاجتماعي والاقتصادي للفرد في المجتمع، أو (٢) فقدان القدرة على السيطرة على نفسه فيما يتعلق باستعمال مثل هذه المشروبات.
- وتعني «مرفق علاجي» أي مكان عام أو خاص أو جزء منها لتقديم خدمات وضعت خصيصاً لعلاج الادمان لدى الأشخاص السكارى أو مدمني المسكرات.
- وتعني «دار الرعاية الجزئية لمدمني المخدرات» مركز متوسط للرعاية في المجتمع يقدم الاقامة السكنية المؤقتة، والإرشاد، والإشراف، وخدمات التكيف الشخصي لمجموعة مكونة من ثلاثة أو أكثر من مدمني الخمر الممتنعين عن تعاطيها، ولكن ليس مرفقاً كالموضح اعلاه ولا مركزاً للاقامة الدائمة.
- وتعني «فاقد الأهلية» حالة الشخص السكير الذي أصبح بسبب تعاطي المشروبات المسكرة: (١) فاقد الشعور، (٢) بحاجة للعناية الطبية، (٣) يحتمل أن يعاني أو يتسبب في أذى بدني أو اتلاف الممتلكات، (٤) مختل عقليا.
- وتعني عبارة «طبيب مستقل» الطبيب الذي لا يشغل أي منصب أو وظيفة في أي ادارة أو مجلس أوهيئة في الولايات أو في أي مرفق عام للعلاج.

ويتناول القانون بصورة منفصلة مساعدة الشخص فاقد الأهلية في مرافق العلاج (القسم ٨) وحجزه في مرفق العلاج والعناية اللاحقة، الخ. . . (القسم ٧).

أ ــ مساعدة الشخص فاقد الأهلية في مرافق العلاج

١ ــ **الأسباب**: أي شخص فاقد الأهلية.

٢ ــ **الطلب**: يجوز أن يتلقى أي شخص فاقد الأهلية مساعدة من ضابط

الشرطة ـ بموافقتة أو بدون موافقته ـ لنقله إلى مسكنه أو إلى مرفق للعـلاج أو إلى مخفر الشرطة.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: إذا تلقى شخص فـاقد الأهليـة مساعـدة بنقله إلى مخفر الشرطة، يجب على الضابط المنوب أن يخطر على الفور أقرب مـرفق علاجي بوجود الشخص تحت التحفظ الوقائي. فإذا توفرت خدمات العلاج المناسبة في هـذا المرفق، يجب عـلى ادارة الصحة النفسيـة عندئـذ تـرتيب نقـل هـذا الشخص إلى المـرفق وفقا لنص القسم ٧ من الفصـل ١١١ ب من القوانـين العامة لولاية ماسا شوستس (انظر اسفله).

ملاحظة: أي شخص ينقل إلى مرفق أو يحجز تحت التحفظ الوقائي بمعرفة الشرطة بناء على أحكام هذه المادة، لا ينبغي اعتبـاره مقبوضـاً عليه أو متهـماً بأي جريمة. وعند قيد حالة التحفظ، يجب ايضاح التاريخ، والوقت، ومحل التحفظ، واسم الضـابط الـذي سـاعـد في نقله، واسم الضـابط المنـوب، ومـا إذا كـان الشخص المتحفظ عليه قد مارس حقه في اجراء مكالمـة هاتفيـة، وما إذا كـان قد مارس حقه في اجراء اختبار تحليل التنفس، وبالتالي تم الحصول على نتائج اختبار التنفس، والتي لا يجب أن يعـامل قيـدها لأي غـرض من الأغراض للتـوقيف أو كسجل جنائي لهذا الشخص.

٤ ـ **الفحص الطبي**: لأغراض هذا الفصل فقط لاغير، فإنـه لتقريـر ما إذا كـان مثل هذا الشخص مخمـوراً، يجوز لضـابط الشرطة أن يـطلب من الشخص الخضوع لاختبارات معقولة في التنسيق، وترابط الكلام، والتنفس.

وللشخص الـذي يساعـد ضابط الشرطـة في نقله إلى مخفـر الشرطـة الحق ـ ويجب أن يتم إبـلاغه كتـابة بهـذا الحق ـ في أن يطلب وأن يجـري له اختبـار التنفس. ويفترض في أي شخص يجري لـه اختبار التنفس أنـه مدمن خمـر إذا أوضح الدليل الناشيء عن الاختبار المذكور أن النسبة المئوية للكحول في دمـه تصل إلى ١٠ ٪ أو تـزيد، ويجب وضعـه تحت التحفظ الوقـائي في مخفر الشرطة أو نقله إلى مرفق للعلاج. وتفترض في أي شخص يجري له اختبـار

التنفس أنه غير مدمن خمر إذا أوضح الدليل الناشيء عن الاختبار المذكور أن النسبة المئوية للكحول في دمه ٥ ٪ أو تقل، ويجب الإفراج عنه من الحجز على الفور. فإذا اجري اختبار تحليل التنفس لشخص وأوضح الدليل الناشيء عن هذا الاختبار أن نسبة الكحول في دمه تزيد على ٥٪ وتقل عن ١٠٪ فلا يجوز اقامة القرينة على اختبار التنفس وحده. وفي مثل هذه الحالة، يجب اجراء اختبار معقول للتنسيق وترابط الكلام لتحديد ما إذا كان الشخص مخموراً. وإذا اثبت اختبار التنسيق أو ترابط الكلام أن الشخص مدمن خمر، فإنه يجب عندئذ وضعه تحت التحفظ الوقائي في مخفر الشرطة أو تحويله إلى مرفق العلاج.

٥ ـ **برنامج العلاج**: برنامج مكثف لعلاج الإدمان لمدة لا تزيد على ٤٨ ساعة.

٦ ـ **مدة الاستبقاء**: لا ينبغي حجز شخص تم نقله إلى مخفر الشرطة بموجب النصوص الواردة أعلاه أو وضعه تحت التحفظ الوقائي رغماً عنه. غير أنه ـ في حالة عدم توفر العلاج اللازم له في مرفق مناسب ـ يجوز حجز شخص فاقد الأهلية تحت التحفظ الوقائي بمخفر الشرطة إلى أن لا يعود فاقد الأهلية، أو لمدة لاتزيد عن ١٢ ساعة، أيهما أقصر.

٧ ـ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ـ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٩ ـ **اجراءات الخروج**: يجوز الأمر بخروج هذا المريض بناء على رأي مدير مركز علاج الإدمان أو بناء على طلب المريض. ويجب تشجيع المريض على الموافقة على تلقي العلاج الخارجي، أو علاج العناية اللاحقة الذي يناسبه.

ب ـ الحجز في مرفق العلاج أو العناية اللاحقة الخ . .

١ ـ **الأسباب**: أي شخص مدمن مسكرات يتقدم بطلب العلاج طوعياً وباختياره في مرفق لعلاج الإدمان، أو يتم احضاره إلى المرفق المذكور وفقاً للنصوص التي سبق ذكرها.

٢ ـ **الطلب**: بمعرفة الشخص نفسه أو ضابط الشرطة.

٣ ـ **الفحص الطبي**: قبل ادخال أي شخص، يجب على مدير المرفق الايعاز بعمل التقييم اللازم لحالته بمعرفة العاملين تحت اشراف الطبيب والمدربين على تشخيص ادمان المسكرات. فإن توفر أي قلق بخصوص صحة مثل هذا الشخص أو حاجته للعلاج الفوري، يجب أن يتم فحصه بمعرفة الطبيب.

٤ ـ **برنامج العلاج**: إذا تقرر بعد اجراء هذا التقييم أو الفحص الطبي أن الشخص مخمور أو مدمن مسكرات، وأن العلاج المناسب والناجح متوفر، فيجب ادخاله المرفق. فإذا لم يدخل الشخص بسبب عدم توفر العلاج المناسب والناجع في هذا المرفق، يجب على مدير المرفق بالتعاون مع الجهات المختصة، تحويل الشخص إلى المرفق الذي يتوفر فيه العلاج الكافي والمناسب. وإذا لم يدخل الشخص لحجزه في المرفق، ولم يوجد معه مال، يجب على المدير أن يتخذ الترتيبات اللازمة لنقل هذا الشخص إلى محل إقامته، وإن لم يكن له مسكن، ينقل إلى المكان الذي يمكن أن يؤويه.

٥ ـ **مدة الاستبقاء**: حتى ٤٨ ساعة (انظر الفقرة ٦ أسفله)

٦ ـ **اجراءات الخروج**: يجب أن يتلقى أي شخص يحجز في مرفق، العلاج اللازم في المركز أو المرفق طالما رغب في ذلك، أو إلى أن يقرر المدير أن العلاج لم يعد يفيده، غير أنه يشترط في حالة شخص يدخل المرفق مخموراً أو فاقد الأهلية، أن يظل بالمرفق إلى أن لا يعود فاقد الأهلية. ولكن لا يجوز بأي حال أن يطلب منه البقاء لمدة تزيد على ٤٨ ساعة.

ملاحظة: إذا صدر أمر بحجز مثل هذا الشخص لأغراض تأهيله في أحد سجون ماساشوستس سواء في «بريدووتر» أو «فرامنجتون»، فيجب عليه البقاء لمدة لا تقل عن ١٠ أيام.

جـ ـ الفصل ٣ ح من القانون العام: قانون تأهيل مدمني المخدرات في ٢٤ ديسمبر ١٩٨١

ملاحظة: يموجب القسم ٨ بخصوص [دخول المرافق طوعاً، الطلب، العلاج داخلياً وخارجياً، خروج المريض، اعادة ادخاله].

ورد تعريف الشخص المعول على المخدرات بأنه «شخص غير قادر على القيام بعمله بشكل فعال وتتسبّب عدم مقدرته على الأداء في أو تنتج عن تعاطيه مخدر بخلاف الكحول أو التبغ أو المشروبات المشروعة، يحتوي على الكافيين، وهو يختلف عن أي عقار موصوف طبياً يكون تناوله متناسباً مع الاحتياجات الطبية».

١ ـ **الأسباب:** شخص يعتقد بأنه معول على المخدرات.

٢ ـ **الطلب:** يجوز لأي شخص يعتقد أنه شخصيا معول على المخدرات أن يتقدم بطلب ادخاله في مرفق علاجي ويجوز تقديم هذا الطلب أما إلى المدير أو المسئول عن المرفق العام أو الخاص.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار:** إذا وجد المدير أن الشخص المعوّل على المخدرات يرجى أن يستفيد من العلاج، فيجب عليه مراجعة ملف الشخص المتعلق بعلاجه في أحد المرافق العلاجية ـ إن وجد ـ وليعرف ما إذا كان الشخص قد التزم بشروط أي حجز سابق أم لا.

٤ ـ **الفحص الطبي:** عند استلام طلب الدخول، يعين المدير طبيباً نفسانياً، أو إذا رأى استحالة ذلك، يعين طبيباً ممارساً لإجراء الفحص الطبي اللازم للشخص لتقرير ما إذا كان معولاً على المخدرات يمكن أن يستفيد من العلاج. ويجب أن يقدم الطبيب النفساني أو الممارس تقريراً كتابياً بالنتائج التي يتوصل إليها إلى المدير بعد استكمال الفحص، يذكر فيه الحقائق التي بني عليها استنتاجاته وأسبابها.

٥ ـ **برنامج العلاج:** يجوز للمسئول تحويل أي مريض داخلي إلى برنامج علاج خارجي إذا وجد أن المريض يناسبه أكثر مثل هذا البرنامج ولكن على شرط أن يعيد المسئول هذا المريض إلى برنامج العلاج الداخلي إن رأى ذلك مناسباً له. ولا يجوز تحويل مريض أدخل المرفق أصلاً كمريض خارجي إلى

برنامج علاج داخلي بدون موافقة كتابية منه. ويخضع كل مريض محجوز بالمرفق للصلاحيات الإشرافية للمسئول والتي يمارسها وفقا للقواعد والنظم المعمول بها.

وقبل الايعاز بدخول الشخص في المرفق، يجوز أن يقدم المدير توصيته للشخص فيما يتعلق بالفترة التي رآها ضرورية لاستكمال العلاج بشكل وافٍ ومناسب، ولكن على ألا تتجاوز تلك الفترة سنة واحدة بأي حال. وعلى المدير كذلك أن يبلغ الشخص عن طبيعة العلاج الذي سيقدم له والمرفق الذي سيحجز فيه. فإذا وافق الشخص كتابة على دخول المرفق، وعلى الفترة التي اعتبرت ضرورية لاستكمال العلاج، وعلى طبيعة العلاج، يمكن عندئذ ادخاله المرفق العلاجي.

وإذا قرر المدير أن ادخال الشخص إلى المرفق مرفوض لأنه ليس شخصا معولاً على المخدرات قد يستفيد من العلاج، أو لعدم توفر العلاج الكافي في المرفق المناسب، فيجب عليه أن يخطر الطالب كتابة بالأسس التي بني عليها هذا القرار.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: لا تزيد على سنة واحدة.

٧ ــ **اجراءات الخروج**: يمكن للشخص المحجوز في مرفق أن يتلقى العلاج في هذا المرفق طالما اعتقد المسئول أن استمرار العلاج يفيده. ويجوز لأي مريض في أي وقت أن يبلغ المسئول كتابياً برغبته في انهاء علاجه. وعند استلام مثل هذا الأخطار يقرر المسئول ما إذا كان المزيد من العلاج سيفيد المريض ويبلغ قراره للمريض. فإذا قرر المسئول أنه لن يفيد من استمرار العلاج، يجب اخراج المريض من المرفق.

أما إذا قرر المسئول أنه سيفيد من العلاج، فإن عليه اخطار المريض. وإذا اختار المريض انهاء العلاج رغم قرار المسئول بأن المريض سيفيد من استمرار العلاج بالمرفق، يجب على المسئول إبلاغ المدير بأن المريض كان السبب في انهاء العلاج أثناء الفترة المقررة وضد نصيحة المسئول فإذا تقدم المريض بطلب اعادة ادخاله للعلاج في إي مرفق، فإن حقيقة أنه أنهى

علاجه أثناء الفترة المقررة وضد نصيحة المسئول ستؤخذ في الاعتبار عند اتخاذ قرار بشأن اعادة ادخاله المرفق أم لا، وكذا في حالة اعادة ادخال المريض، تؤخذ في الاعتبار عند تحديد المرفق الذي يدخل فيه للعلاج.

ملاحظة: تتضمن النصوص التي تحكم العلاج الطاريء للأشخاص المدمنين على المخدرات في القسم ٩ من الفصل ٣ ج كالآتي:

يمكن لأي مرفق أن يقدم العلاج الطاريء لشخص معوّل على المخدرات أو أي شخص يحتاج لمساعدة فورية بسبب استعماله عقاراً مؤدياً للإدمان إذا ما طلب الشخص مثل هذا العلاج. ويجب ألا تتجاوز مدة العلاج الطاريء ٤٨ ساعة بدون التقيد بالأحكام الخاصة باجراءات ادخاله في مرفق علاجي، ولكن شريطة أنه إذا تقدم الشخص بطلب ادخاله المرفق قبل انتهاء فترة العلاج الطارىء، فإنه يجوز له ـ وفقاً لما يراه المسئول بالمرفق ـ أن يستمر في تلقي العلاج بالمرفق بينما لايزال طلبه قيد النظر.

* الولايات المتحدة الأمريكية U.S.A. (WISCONSIN) (ولاية ويسكونسن)

القانون: تم تناول موضوع الحجز للعلاج في قسمين مستقلين من قانون الصحة النفسية بولاية ويسكونسن (الفصل ٥١).

أ ــ القسم ٥١ ـ ٢٠ (الحجز الاجباري بغرض العلاج)

ينص هذا القسم على أنه يجب أن يذكر في كل طلب كتابي للفحص إن كان الشخص المطلوب فحصه:

١ ــ مريض عقلياً، أو مدمن مخدرات، أو معاق فكرياً وأنه يناسبه العلاج.

٢ ــ خطر لأنه شخصياً:

أ ــ يبدي احتمالاً جوهرياً لالحاق الأذى بنفسه أو بالآخرين وفقا لما اثبته سلوكه الجنائي أو العنيف مؤخرا، أو بدليل أن الآخرين يشعرون

بخـوف معقول من سلوكـه العنيف ومن الحـاق أذى بـدني جسيم بهم حسبـما بدا منـه من فعل ظـاهر في الآونـة الأخيرة أو محـاولة أو تهـديد بالحاق مثل هذا الأذى البدني الجسيم.

ب ــ يبـدي حكماً شـديد الضعف ومشـوشاً بـدليـل مجمـوعـة من الأفعـال والإهمـال والتقصير الـذي وقع منـه مؤخـراً بدرجة يخشى معهـا وجـود احتمال جوهري للضعف البدني أو الأذى بنفسه أو بنفسها. ولا يعتـبر احتـمال الضعف أو الأذى البدني جـوهـريـاً بمـوجب هـذه الفقـرة إذا توفرت سبل الحماية المعقولة للفرد في المجتمع، أو إذا كان الفرد مناسباً للتعيـين في عمل، أو ـ في حـالة الحـدث القاصر ـ إذا كـان الشخص منـاسباً للخـدمـة أو التعيـين في عمل. ولا تستـوجب حـالـة الفـرد كحـدث قاصر بـالضرورة احتمالاً جـوهريـاً للضعف أو الأذى البدني بموجب هذه الفقرة.

ب ــ القسم ٥١ ـ ٤٥ قـانـون اكتـوبـر ١٩٧٨ في شـأن عـلاج ادمـان الخمـر والإفراط في المسكرات ـ بولاية ويسكونسن.

مـلاحظة: تقضي سياسـة ولايـة ويسكـونسن بعـدم اخضـاع مـدمني الخمـر والسكارى للإجراءات الجنائية بسبب تعاطيهم مشروبات كحولية، وإنما يجب أن يتوفر لهم العلاج المستمر حتى يستطيعوا أن يعيشوا حياة عادية كـأفراد منتجـين في المجتمع.

وتعني عبـارة «شخص مخمور» كـل شخص يضعف أداؤه العقـلي والبـدني بصورة جوهرية نتيجة لمعاقرة الخمر.

وتعني عبارة «فاقد الأهلية بسبب الخمـر» أن شخصاً أصبـح نتيجة لمعـاقرة الخمر أو الانقطاع عنها فاقـد الوعي أو أن أحكـامه عـلى الأمور صـارت مشوشـة بحيث لم يعد قادراً على اصدار حكم معقول، ويتبين ذلك بصورة مـوضوعيـة من خـلال مؤشرات منها شـدة الوهن الجسـماني، والأذى المادي، أو التهـديد بـايذاء نفسه أو نفسها أو أي شخص آخر أو الاضرار بالممتلكات.

١ ــ **الأسباب**: الشخص المخمور الذي هدد أو شرع في أو ألحق أذى مادياً بنفسه (أو بنفسها) أو بالغير أو يحتمل أن يصيب بمثل هذا الأذى المادي مالم يتم حجزه، أو الشخص فاقد الأهلية بسبب الكحول، هؤلاء يجوز حجزهم في دور الرعاية الإجتماعية ونقلهم إلى مرافق العلاج العمومية المعتمدة لتقديم العلاج الطارىء لهم. وإن رفضهم تلقي العلاج لا يشكل دليلاً على نقص في حكمهم فيما يتعلق بحاجتهم إلى العلاج.

٢ ــ **الطلب**: يجوز للطبيب أو الزوج أو ولي الأمر أو أحد أقارب الشخص المطلوب حجزه، أو أي مسئول آخر أن يرفع طلباً كتابياً إلى مفوض المحكمة أو إلى الدائرة القضائية في المحافظة التي يقيم أو يتواجد بها الشخص المطلوب حجزه يتطلب فيه حجز هذا الشخص بموجب هذه المادة. ويجب أن يتضمن الطلب الكتابي:

١ ــ الحقائق التي تؤيد الحاجة إلى العلاج الطارىء.

٢ ــ حقائق كافية لإثبات إعسار الشخص.

٣ ــ شهادة أو أكثر لتأييد تفاصيل الأساس الحقيقي لأي ادعاءات يحتويها الطلب.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: لدى استلام الطلب، تتخذ المحكمة قراراً حول ما إذا كان الطلب والشهادات المرفقة تكفي أساساً للحجز، أو تصرف النظر عن الطلب إن لم يكن أسباب الحجز مؤيدة بالأدلة الكافية. فإذا كانت الأسباب المذكورة في الطلب بالإضافة إلى الشهادات المقدمة كافية، تصدر المحكمة أو مفوض المحكمة أمراً بحجز الشخص مؤقتاً ووضعه تحت التحفظ في دار الرعاية الاجتماعية. وتعقد جلسة لنظر القضية خلال ٤٨ ساعة من استلام الطلب.

٤ ــ **الفحص الطبي**: انظر الفقرة ٢ أعلاه.

٥ ــ **برنامج العلاج**: تعني كلمة «العلاج» مجموعة واسعة من خدمات الطوارىء والعلاج الداخلي والوسيط والخاجي وكذا الرعاية التي ترافق ذلك بما فيها التقييم التشخيصي، والعناية الطبية والجراحية والنفسية والخدمة الاجتماعية

والتأهيل المهني والإستشارة المتعلقة بالحياة العملية والتي يمكن أن تقدم لمدمني المسكرات والأشخاص المخمورين، بالإضافة إلى الرعاية النفسية والخدمة الاجتماعية التي يمكن أن تقدم لعائلاتهم. ويمكن كذلك أن يتضمن العلاج ـ ولكن على ألا يكون ذلك بديلاً عنه ـ الحجز المادي للأشخاص الذين هددوا أو شرعوا في أو الحقوا أذى بأنفسهم أو بالغير أثناء وجودهم تحت التحفظ الوقائي أو أثناء تلقيهم علاجاً اجبارياً، وكذلك الذين شرعوا في أو نفذوا عملية هروب أثناء وجودهم تحت التحفظ الوقائي أو أثناء تلقيهم علاجاً اجبارياً.

٦ ـ **مدة الاستبقاء**: لا تزيد عن ٤٨ ساعة.

٧ ـ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ـ **المراجعة الدورية**: عند وصول الشخص إلى مرفق علاج عمومي معتمد، يبلغ الشخص شفهياً وكتابياً بحقه في الحصول على المشورة، وحقه في التشاور مع محام قبل تقديم طلب الحصول على علاج طوعي، وحقه في عدم الحديث إلى الذين يفحصونه من الأطباء الممارسين والأطباء النفسيين والعاملين الآخرين، وحقيقة أن أي شيء قد يقوله للأطباء الممارسين أوالنفسيين الذين يفحصونه أو العاملين الآخرين يمكن أن يستخدم كدليل ضده أو ضدها في الجلسات اللاحقة، وحقه في رفض التطبيب الذي سيجعله أو يجعلها غير قادرين على اعداد الدفاع اللازم بكفاءة، والموعد والمكان المحدّدين لانعقاد الجلسة الأولية، وأسباب الحجز، والمستوى الذي سيوضع فيه تحت الحجز قبل أن يلتقي مع الأطباء الممارسين والنفسيين والعاملين الآخرين. ويجب كذلك تسليم هذا الإشعار إلى أسرة المريض إن كان من الممكن التعرف على مكان إقامتهم، ويجوز تأجيلها حتى تخف حالة عدم الأهلية ـ إن وجدت ـ إلى الدرجة التي يستطيع فيها المريض أن يفهم مضمون الإشعار. ولا يجوز بأي حال أن يجري أي لقاء مع الاطباء الممارسين والنفسيين والعاملين الآخرين حتى يتم تسليم هذا الإشعار باستثناء ما يستوجب سؤال المريض من أجل تقرير احتياجاته الطبية الفورية. ويجوز حجز المريض في المرفق الذي ادخل فيه، أو يحول بعد إرسال إشعار بذلك

إلى المحامي العام أو المحكمة ـ بمعرفة مجلس الرعاية الاجتماعية إلى مرفق علاج عام أو خاص مناسب.

٩ ــ **اجراءات الخروج**: عندما يقرر مدير المرفق الذي احتجز فيه المريض ـ بناء على مشورة الفريق المعالج ـ أن أسباب حجز المريض لم تعد قائمة، يجب عليه أن يأمر بخروج الشخص المحجوز بموجب القانون.

٢ ـ ٢ التحويل إلى العلاج من نظام القضاء الجنائي

* الأرجنتين

القانون: المادة ٩ من القانون ٧٧١, ٢٠ في ٩ أكتوبر ١٩٧٤.

١ ــ **الأسباب**: عندما يكون شخص محكوم عليه في أي جريمة من المعولين جسمانياً أو نفسياً على المخدرات.

٢ ــ **الطلب**: (غير وارد).

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: يجب على القاضي أن يحكم ـ بالإضافة إلى العقوبة ـ بأحد اجراءات «السلامة العلاجية» (انظر التعريف أدناه).

٤ ــ **الفحص الطبي**: (غير وارد).

٥ ــ **برنامج العلاج**: تتألف اجراءات «السلامة العلاجية» من العلاج الملائم لإزالة الادمان والعناية العلاجية التي يتطلبها التأهيل في مؤسسات مناسبة حسبما يقرره القاضي ولكن على ألا تكون في مرافق العلاج الخارجي.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: غير محدودة، ولكن على ألا تتجاوز مدة العقوبة المحكوم بها. ويجب أن تنفذ اجراءات السلامة العلاجية أولا وتحتسب كجزء من المدة الكلية للعقوبة.

٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٩ ــ **اجراءات الخروج**: عند استكمال العلاج بموجب قرار تصدره المحكمة بناء على رأي ومشورة الخبراء المختصين.

ملاحظة : في سنة ١٩٧٩ أنشيء مركز علاج مدمني المخدرات ضمن الوحدات التابعة لدائرة السجون الإتحادية تنفيذاً لنصوص المادة ٩ من القانون رقم ٧٧١ , ٢٠ وهو مرفق محظور دخوله إلا عن طريق الأحكام التي تصدرها المحاكم الجنائية .

* البرازيل

القانون: القانون رقم ٦٣٦٨ في ٢١ أكتوبر ١٩٧٦ في شأن منع والقضاء على التهريب غير المشروع وتعاطي العقاقير المخدرة أو المواد التي تسبب تعويلاً جسمانياً أو نفسياً .

١ ــ **الأسباب**: بالنسبة للأشخاص المعولين على العقاقير المخدرة أو على المواد التي تسبب تعويلاً جسمانياً أو نفسياً ، يجوز اصدار أمر بتحويلهم إلى العلاج كالآتي :

أ ــ يخضع الشخص المعول الذي اقترف جريمة يعاقب عليها القانون والذي حكم عليه بالسجن أو بأي اجراء تحفظي ، للعلاج في عيادة ملحقة بالمؤسسة العقابية التي يقضي فيها مدة العقوبة .

ب ــ حيثما وجد القاضي أن المتهم غير مذنب نتيجة لدليل مقدم من خبير رسمي بأن تعويله في وقت ارتكاب الفعل الجنائي جعله غير قادر تماماً على تمييز الطبيعة غير القانونية لسلوكه أو لفعله بموجب هذا التمييز ، فيجب عليه أن يصدر أمره باخضاع المتهم للعلاج الطبي .

٢ ــ **الطلب**: النائب العام . يجب على القاضي في الجلسة التمهيدية أن يسأل المتهم ما إذا كان معولاً على المخدرات ، وأن يوضح له العواقب المترتبة على أقواله . وتعقد جلسة النطق بالحكم في غضون ثلاثين يوماً من اجراء الفحص الطبي بأمر صادر من المحكمة .

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: قاضي المحكمة المختصة .

٤ ــ **الفحص الطبي**: شهادة خبير رسمي . وفي حالة عدم وجود خبير رسمي ، يجب فحص المجرم بمعرفة ممارسين طبيين يعينهم القاضي .

٥ ــ **برنامج العلاج** :علاج طبي خارجي. وإذا لم يبد الشخص تعاوناً بأي حال في العلاج المقدم له على أساس العلاج الخارجي، أو إذا قدم للمحاكمة مرة ثانية بنفس الظروف، يجوز للمحكمة أن تأمر بايداعه في المستشفى. فإذا تم تأهيل المجرم، يجب ابلاغ هذه الحقيقة إلى القاضي الذي يأمر بعقد جلسة لسماع شهادة خبير في هذا الصدد ورأي النائب العام، ومن ثم يقرر إقفال ملف الدعوى.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: (غير وارد).

٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (غير وارد) ـ انظر الفقرة ٩ أدناه.

٩ ــ **اجراءات الخروج**: عندما يتم تأهيل المجرم، يجب أن يستمع القاضي إلى شهادة خبير في هذا المجال ورأي النائب العام، وبعد ذلك يقرر ما إذا كان يجب إقفال ملف الدعوى.

* بورما

القانون: اللوائح الخاصة بالمخدرات والعقاقير الخطرة لسنة ١٩٧٤.

ملاحظة: يجوز ادخال المحكومين من المدمنين ـ إذا لزم الأمر ـ لتلقي العلاج الطبي في مستشفيات السجون. ويقدم العلاج الطبي بموجب خطة حكومية. وعلى الحكومة ـ بعد أن تحصل على كل المساعدات الضرورية ـ أن تتخذ الخطوات اللازمة باستخدام كل الوسائل لتأهيل مدمني المخدرات بعد شفائهم نتيجة للعلاج الطبي وذلك من أجل تمكينهم من استئناف أعمالهم في المجتمع كمواطنين صالحين وأداء نصيبهم من المسئولية تجاه الوطن.

وتعني كلمة «مدمن» أي شخص لديه رغبة في تعاطي المخدرات والعقاقير الخطرة وهو عاجز عن الإمتناع عن تعاطي مثل هذه العقاقير المخدرة، ويعاني من الأعراض المتلازمة للانقطاع عنها إذا لم يتعاطاها.

ولم ترد في اللوائح أي معلومات عن العلاج الذي تقدمه مستشفيات السجون.

* مصر

القانون: المادة ٣٧ من القانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٧٠ في شأن العقاقير المنشطة وتعديلاته وفقا للقانون رقم ١٦ لسنة ١٩٧٣.

ملاحظة: تنص الفقرة السادسة من المادة ٣٧ من القانون رقم ١٨٢ على ألا يقدم للمحاكمة كل متعاطي مخدرات يطلب العلاج باختياره طواعية. وهناك لجنة خاصة (تحددت عضويتها بموجب المادة ٣٧ من القانون رقم ١٥٢) تملك وحدها سلطة اتخاذ قرار حول ما إذا كان علاج المدمن قد تم بصورة فعالة، وذلك قبل أن تأمر بالإفراج عنه.

* فرنسا

القانون: القانون رقم ١٣٢٠/٧٠ في ٣١ ديسمبر ١٩٧٠ في شأن التدابير الصحية للسيطرة على التعويل على المخدرات ومكافحة التهريب والاستعمال غير المشروع للمخدرات.

١ ـ **الأسباب:** الأشخاص الذين يتعاطون بصورة غير مشروعة مواد أو نباتات مصنفة كمخدرات.

٢ ـ **الطلب:** يجوز للنائب العام أن يصدر أمرا للشخص الذي يتعاطى مخدرات محظورة بأن يخضع لعلاج الادمان أو يوضع تحت الملاحظة الطبية.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار:** قاضي الاستجواب أو قاضي محكمة الأحداث. ويحدد قاضي الاستجواب المؤسسة المتخصصة التي تجب أن يتلقى فيها الشخص المعني علاجاً إذا استلزم الأمر ادخاله مستشفى وحجزه بصورة مستمرة أو جزئية. فإذا كانت حالة الشخص لا تستدعي حجزه بصورة مستمرة أو جزئية في مستشفى، يصدر قاضي الاستجواب مذكرة قضائية بوضعه تحت الملاحظة الطبية سواء لدى طبيب يختاره بنفسه أو في عيادة للصحة العامة أو في مؤسسة صحية معتمدة سواء عامة أو خاصة.

ويعفى من تقديمهم للمحاكمة، هؤلاء الأشخاص الذين يتقيدون بالعلاج الطبي المقرر لهم ويستمرون في العلاج حتى نهايته.

وبالمثل، لا تقام اجراءات الدعوى القضائية ضد أشخاص كانوا من مدمني

المخدرات حيث ثبت أنهم منذ اقتراف هذه الجريمة خضعوا لعلاج الادمان أو وضعوا تحت الملاحظة الطبية .

وفي حالة اقترافهم جريمة ثانية، يقرر النائب العام ما إذا كان يجب رفع الدعوى القضائية الجنائية ضدهم أم لا .

٤ ــ **الفحص الطبي**: تتخذ السلطات الصحية المختصة ترتيبات الفحص الطبي للشخص، مع اجراء التحريات اللازمة حول عائلته وحياته المهنية والاجتماعية .

٥ ــ **برنامج العلاج**: إذا ظهر من الفحص الطبي أن الشخص مدمن، تصدر السلطة الصحية المختصة أمرها إليه بتلقي العلاج في مؤسسة معتمدة يختارها بنفسه، فإن لم يمارس هذا الحق، تحدد له المؤسسة التي يجب أن يخضع فيها لعلاج الادمان رسميا .

وفور أن يبدأ الشخص دورة العلاج المطلوب، يجب عليه أن يقدم إلى السلطات الصحية شهادة طبية توضح تاريخ بدء العناية، والمدة المحتملة لاستمرار العلاج، وإسم المؤسسة التي دخلها أو المسئول عن ملاحظته طبياً إن كان يتلقى علاجاً خارجيا .

وعند اجراء علاج الادمان في مؤسسة متخصصة، فيجب أن يشتمل على حجز المريض بالمستشفى بصورة مستمرة أو لبعض الوقت، أو كلا النوعين احدهما وراء الآخر. ويجوز اتباع فترات الحجز بالمستشفى بعلاج خارجي .

فإذا أجري علاج الادمان تحت الملاحظة الطبية، بدون حجز المريض في مؤسسة متخصصة، فيجب أن يشرف عليها طبيب معتمد .

٦ ــ **مدة الاستبقاء** :(غير وارد) .

٧ ــ **الاستئناف**: (غير وارد) .

٨ ــ **المراجعة الدورية**: تتابع السلطة الصحية المختصة تقدم العلاج وتخطر مكتب النائب العام على فترات منتظمة بموقف الشخص طبياً واجتماعياً .

ويجوز للطبيب المسئول عن العلاج أن يقترح في أي وقت على قاضي الإستجواب تعديل شروط العلاج أو تحويل الشخص المعني إلى مؤسسة أخرى أكثر ملاءمة لاحتياجاته .

٩ ـ **اجراءات الخروج**: (غير وارد).

* جمهورية المانيا الاتحادية

القانون: بالإضافة إلى القانون الصادر في ٢٨ يوليو ١٩٨١ (انـظر أدناه)، يـوجد أيضـاً الاعلان القـانوني في ٢ ينـايـر ١٩٧٥ الـذي يختص كـذلـك بنفس الموضوع.

أ ـ (قانون المخـدرات) القانـون الخاص بتجـارة العقاقـير المخدرة في ٢٨ يـوليو ١٩٨١.

١ ـ **الأسباب**: بموجب القسم ٣٥ (تـأجيل تنفيـذ العقوبـة) من الفصل السـابع (المجرمون من المعـولين عـلى المخدرات)، إن كـان الشخص يحكم عليه في جـريمة بـالسجن لمدة لا تـزيد عـلى سنتين وتـذكر حيثيـات الحكم «أو يتوفـر الدليل على أن الجريمة ارتكبت نتيجة للإدمان على العقاقير المخدرة».

٢ ـ **الطلب**: سلطات تنفيذ القانون.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: يجوز لسلطات تنفيذ القانون ـ بناء على موافقة المحكمـة الابتدائية ـ أن تؤجل تنفيذ العقوبة الكاملة، أو العقوبـة المتبقية، أو الحجـز في مراكز علاج إدمان المخدرات لمدة لا تزيد عن سنتـين، إذا تبين لهـا أن الشخص المحكوم يتلقى علاجاً مناسبـاً يعزز تـأهيله أو إذا وعد بتلقي مثـل هـذا العلاج وكـان من المؤكد أن هـذا العلاج سيبـدأ على الفـور. ويتضمن العلاج أيضاً الاستبقاء في مؤسسة تعتمدها الدولة بهدف العلاج من التعويل على المخدرات أو منع أي انتكاسة.

٤ ـ **الفحص الطبي**: (غير وارد).

٥ ـ **برنامج العلاج**: انظر الفقرة ٣ أعلاه.

في المـواعيـد التي تحـددهـا سلطات تنفيـذ القـانـون، يـطلب من الشخص المحكوم أن يثبت أنه ابتدأ العلاج أو أنه مستمر فيه. وعلى الأشخاص الذين يعالجونه أو المؤسسات المعنية أن تبلغ سلطات تنفيذ القانون في حالة انقطاعه عن العلاج.

ملاحظة: تلغي سلطات تنفيذ القانون التأجيـل الممنوح لتلقي العـلاج إذا

لم يبدأ العلاج فعلاً أو لم يستمر أو لم يتمكن الشخص المحكوم من تقديم ما يثبت ذلك. وترجع السلطات عن الإلغاء إذا أثبت المحكوم فيها بعد أنه قيد العلاج.

ويلغى تأجيل التنفيذ أيضاً في حالة:

أ ــ اصدار عدة أحكام مجمعة في وقت لاحق لايكون تنفيذها مؤجلاً كذلك.

ب ــ طلب تنفيذ حكم في سجن آخر أو اجراء للتأهيل أو احتياطات تتضمن حرمانا من الحرية.

فإذا نقضت سلطات تنفيذ القانون هذا التأجيل، يرخص لها باصدار مذكرة اعتقال لغرض عقوبة السجن أو الإيداع في مركز لرعاية المدمنين. ويمكن الطعن في هذا الإلغاء بطريق الاستئناف أمام المحكمة الجزئية. ولا ينقطع إستمرار التنفيذ أثناء الاستئناف أمام المحكمة.

ووفقا لأحكام القسم ٣٦ من القانون:

أ ــ إذا تأجل التنفيذ وخضع المحكوم للعلاج في مؤسسة معتمدة من الدولة حيث يتعرض نظام حياته لكثير من القيود، فإن مدة الحجز بالمؤسسة تحتسب من فترة العقوبة إلى أن ينقضي ثلثا المدة بهذه الطريقة. وتتخذ المحكمة القرار باحتساب مدة الحجز بالمؤسسة بهذا الشكل بالإضافة إلى الموافقة المنصوص عليها بالقسم ٣٥. فإذا انقضت ثلثا مدة العقوبة، أو لم يعد العلاج في المؤسسة مطلوباً في وقت يسبق انتهاء المدة المحكوم بها، يجوز للمحكمة وقف تنفيذ باقي العقوبة رهن المراقبة بمجرد أن تطمئن المحكمة بالدليل المقدم إليها إلى أن الشخص المحكوم لا يحتمل أن يرتكب أي جريمة أخرى.

ب ــ إذا تأجل التنفيذ وخضع الشخص المحكوم لعلاج إدمانه خلاف ما ذكر هنا، يجوز للمحكمة وقف تنفيذ عقوبة السجن أو العقوبة المتبقية رهن المراقبة بمجرد أن تطمئن المحكمة بالدليل المقدم إليها إلى أن الشخص المحكوم لا يحتمل أن يرتكب أي جريمة أخرى.

جـ ــ إذا تلقى الشخص المحكوم علاجاً لادمانه بعد اقتراف الجريمة، يجوز

للمحكمة ـ في حالة عدم استيفاء الشروط الموضحة هنا ـ أن تصدر أمراً بخفض مدة العقوبة بمقدار كل أو جزء من فترة العلاج شريطة أن يكون ذلك أفضل له مع مراعاة المتطلبات التي يفرضها العلاج على الشخص المحكوم.

د ــ تتخذ القرارات بموجب الفقرتين (أ) و (جـ) أعلاه بأمر من المحكمة الجزئية بدون أي محاكمة في القضية. ويجب سماع سلطات تنفيذ القانون والشخص المحكوم بالإضافة إلى الشخص المسئول أو المؤسسة العلاجية. ويجوز تقديم الاستئناف ضد القرار على الفور. ويجب أن توفر المحكمة الضمان المتعلق بوقف تنفيذ العقوبة المتبقية.

ووفقا لأحكام القسم ٣٧ من القانون:

أ ــ إذا اشتبه بأن شخصاً متهماً قد اقترف جريمة نتيجة للتعويل على العقاقير المخدرة وكانت عقوبتها السجن لمدة لا تزيد على عامين، يجوز للنائب العام بموافقة من المحكمة المختصة باتخاذ الاجراءات الرئيسية في الدعوى، أن يمتنع مؤقتاً عن اعطاء الافضلية للتهمة العامة إذا ما أثبت المتهم بأنه كان خاضعاً للعلاج من التعويل على المخدرات كما هو مبين في القسم ٣٥ (أ) لمدة ثلاث شهور على الأقل وإن تأهيله بات وشيكا. ويجب على النائب العام أن يحدد المواعيد التي يتقدم فيها المتهم باثبات استمرار علاجه.

وتستمر الإجراءات القضائية في حالة:

١ ــ عدم استكمال العلاج كما كان مقرراً.
٢ ــ عدم تقديم الإثبات المطلوب من قبل المتهم.
٣ ــ إقتراف المتهم جريمة أخرى مما يدلل على أن الأسباب التي بني عليها عدم تقديم التهمة العامة كانت بلا أساس سليم.
٤ ــ بناء على حقائق أو أدلة جديدة في القضية، يتوقع أن تزيد فترة الحكم عليه بالسجن عن سنتين.

في الحالتين المذكورتين في (١) و (٢) أعلاه، يجوز وقف الإجراءات مرة أخرى إذا أمكن للمتهم فيها بعد أن يقدم الدليل على أنه لا زال مستمراً قيد

العلاج. ولا يقدم الشخص للمحاكمة إذا لم يعاد فتح إجراءات الدعوى خلال فترة أربع سنوات.

ب ــ إذا أعطيت الأفضلية بالفعل للتهمة العامة، يجوز للمحكمة أن تقطع اجراءات القضية مؤقتاً بموافقة من النائب العام حتى نهاية المحاكمة حيث يمكن النظر في الحقائق المتجمعة خلالها للمرة الأخيرة. ويتخذ القرار عن طريق أمر تصدره المحكمة غير قابل للإستئناف.

٦ ــ **مدة الإستبقاء:** ثلاثة شهور على الأقل.

٧ ــ **الاستئناف:** (انظر الفقرة ٥ أعلاه) وبها اجراءات الاستئناف المتعلقة بالغاء تأجيل تنفيذ العقوبة.

٨ ــ **المراجعة الدورية:** في المواعيد التي تحددها سلطات تنفيذ القانون، يجب أن يثبت الشخص المتهم أنه بدأ العلاج أو لا يزال مستمراً به. وعلى الأشخاص القائمين بعلاجه أو المؤسسة المعنية ابلاغ سلطات تنفيذ القانون عند انقطاعه عن العلاج.

٩ ــ **اجراءات الخروج:** (انظر الفقرة ٥ أعلاه).

ب ــ القانون الجنائي ـ القسم ٦٤ (تم تنقيحه بموجب مذكرة قانونية في ٢ يناير ١٩٧٥).

ملاحظة: فيما يلي ملخص القسم ٦٥:

١ ــ الحجز في عيادة إنقطاع عن تعاطي المسكرات.

تصدر المحكمة أمرها بأن يحجز في عيادة الإنقطاع كل شخص مدان بفعل غير قانوني، ارتكبه تحت تأثير ادمان المسكرات، أو كانت جريمة نتيجة لإعتياده على ادمان المسكرات، أو أي شخص لا تتم إدانته بمثل هذه الجريمة بسبب عدم امكانية تحميله مسئولية الجريمة وكان هذا الشخص قد وجد أيضاً معتاداً على تعاطي الخمر أو أي مواد مسكرة أخرى بكميات مفرطة، وذلك إذا تبين وجود خطر من إمكانية ارتكابه أفعالاً غير قانونية خطيرة نتيجة لهذا الاعتياد.

٢ ـ لا يصدر مثل هذا الأمر إذا ظهر للمحكمة ـ قبل ارسال الشخص إلى عيادة الانقطاع ـ (وبناء على مشورة ضباط مراقبة السلوك أو على الفحص الطبي) أن هذا العلاج لا يتوفر له أي أمل للنجاح وأنه يرجح أن ينتكس الشخص ويرجع إلى الاعتياد على المسكرات.

* هونج كونج

القانون: نظام مراكز علاج ادمان المخدرات (الفصل ٢٤٤ من قوانين هونج كونج)

١ ـ **الأسباب**: الأشخاص المدانون بجرائم يعاقب عليها بالسجن خلاف تلك التي يكون السجن فيها بديلاً عن عدم دفع الغرامة ممّن يدمنون أي مخدرات خطرة (بناء على التعريف الوارد في قانون المخدرات الخطرة). وحتى يصدر الأمر بحجزهم بمراكز علاج الإدمان بدلاً من عقوبة أخرى، يجب أن تقتنع المحكمة بأنه ـ مع مراعاة ظروف القضية واخلاق وسلوك الشخص في السابق ـ من صالحه ومن الصالح العام أن يخضع لفترة علاج وتأهيل في مثل هذا المركز.

٢ ـ الطلب: المحكمة.

ملاحظة: إذا اقتنع حاكم هونج كونج ـ بناء على طلب من مفوض السجون ـ بأن شخصاً يقضي عقوبة السجن مدمن على مخدر خطر، وأنه مراعاة لصحته وأخلاقه وسلوكه في السابق، فإنه من صالحه ومن الصالح العام أن يقضي فترة علاج وتأهيل في مركز لعلاج الإدمان، يجوز للحاكم أن يصدر أمره بتحويل مثل هذا الشخص وحجزه في مركز علاج الادمان.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: المحكمة.

ملاحظة: عندما تصدر المحكمة أمر الحجز في مركز العلاج، فلا تسجل أي إدانة ضد الشخص الذي صدر الأمر بحقه مالم تر المحكمة أن ظروف الجريمة تقتضي ذلك وبناء عليه تصدر المحكمة هذا الأمر.

٤ ـ **الفحص الطبي**: قبل صدور أمر الحجز بحق أي شخص، يجب أن تنظر المحكمة في التقرير المرفوع من مفوض السجون بخصوص ملاءمة هذا

الشخص للعلاج والتأهيل، وعن توفر أماكن في مراكز علاج الادمان. فإذا لم تكن المحكمة قد تلقت مثل هذا التقرير، فيجب عليها، بعد إدانة هذا الشخص، أن تضعه تحت التحفظ لدى مفوض السجون للفترة التي ترى المحكمة أنها كافية لإعداد وتقديم مثل هذا التقرير وبحيث لا تزيد على ثلاثة أسابيع. ويجب على مفوض السجون أن يبلغ المحكمة في تقريره ما إذا كان قد صدر من قبل أمر حجز بمراكز علاج الإدمان بحق نفس الشخص.

٥ ــ **برنامج العلاج**: مدة العلاج والتأهيل المقررة في مركز العلاج. إذا اقتنع الحاكم - بناء على طلب مفوض السجون بأن شخصاً محجوزاً في مركز علاج الإدمان يمارس تأثيراً سيئاً على غيره من الأشخاص المحجوزين في هذا المركز، فإنه يجوز للحاكم أن يصدر أمراً بتحويل هذا الشخص وحجزه في سجن لمدة لا تتجاوز (أ) باقي الفترة التي كان مقرراً لهذا الشخص أن يقضيها في مركز الإدمان، أو (ب) مدة السجن التي حكم بها على هذا الشخص في الجريمة التي أدين فيها؛ أيهما أقل.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: يحدد مفوض السجون مدة الحجز (لا تقل عن أربعة شهور ولا تزيد عن إثني عشر شهراً من تاريخ إصدار أمر الحجز) وذلك على ضوء صحة الشخص والتقدم الذي أحرزه واحتمال بقائه بعيداً عن ادمان المخدرات الخطرة بعد اطلاق سراحه. وبعد هذه الفترة، يجب الافراج عنه.

٧ ــ **الاستئناف** : (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: ينشأ مجلس مراجعة الحالات في كل مركز لعلاج الإدمان. وتشتمل مهام المجلس على مراجعة تقدم كل شخص في العلاج منذ ادخاله المركز، ورفع التوصيات إلى مفوض السجون بخصوص الإفراج عن ذلك الشخص.

ويجب على مجلس المراجعة بمركز علاج الإدمان أن يجري مقابلة مع الأشخاص:

أ ــ خلال الشهر الثالث من تاريخ ادخالهم المركز.

ب ــ مرة واحدة على الأقل كل شهرين خلال الشهور الأربعة التالية على المقابلة الأولى.
جـ ــ مرة واحدة على الأقل شهرياً فيما تلي ذلك.

٩ ــ **اجراءات الخروج**: يجوز لمفوض السجون أن يأمر بأن يوضع شخص أفرج عنه من مركز العلاج تحت المراقبة لمدة ١٢ شهراً من تاريخ الإفرج عنه، وأن تتم المراقبة بواسطة المنظمة أو الشخص الذي يحدده المفوض. وأثناء فترة المراقبة، يجب على الشخص أن يتقيد بأي متطلبات يحددها مفوض السجون بما فيها اجراء الفحص الطبي. ويجوز للمفوض تغيير أو الغاء أمر المراقبة في أي وقت.

ويجوز للمفوّض ـ عند اقتناعه بأن شخصاً تحت المراقبة لم يلتزم بأي من شروطها ـ أن يصدر أمر عودة ضد هذا الشخص يقضي بإعادته إلى مركز علاج الإدمان، وبناء عليه يجب توقيف هذا الشخص وتحويله إلى المركز وحجزه فيه.

إذا حكم على شخص بالسجن وكان قد صدر بحقه أمر اعتقال أو أمر مراقبة أو أمر عودة ساري المفعول وكانت العقوبة:

أ ــ لمدة سنتين فأقل، يوقف تنفيذ أمر الاعتقال أو المراقبة أو العودة إلى حين انتهاء مدة السجن المحكوم بها.
ب ــ لمدة تزيد على سنتين أو عند صدور أمر اعتقال جديد بحقه؛ فلا يسري مفعول الأمر الأول بالاعتقال أو المراقبة أو العودة ـ حسب الحالة.

* أندونيسيا

القانون: القانون رقم ٩ في ٢٦ يوليو ١٩٧٦ في شأن المخدرات.
١ ــ **الأسباب**: إدانة بالإستعمال الشخصي المحظور للمخدرات (وقد ورد في القانون تعريف «المخدرات»)
وتعني عبارة «مدمن مخدرات» كل شخص يتعاطى المخدرات وقد أصبح في حالة تعويل على المخدرات جسمانيا وعقلياً نتيجة لتعاطي أو سوء استعمال المخدرات.

٢ ـ **الطلب**: (غير وارد).
٣ ـ **سلطة إتخاذ القرار**: القاضي الذي ينطق بالحكم.
٤ ـ **الفحص الطبي**: (غير وارد).
٥ ـ **برنامج العلاج**: تطبيب وتمريض مدمني المخدرات، وتأهيل المدمنين السابقين على نفقتهم الخاصة، وتقدم هذه الخدمات في مؤسسات التأهيل. ويحدد الرئيس ما يتعلق بإنشاء وتنظيم ومهام مؤسسات التأهيل وفروعها. والمشاركة مطلوبة من جانب الوكالات الاجتماعية الخاصة والحكومية على السواء.

وتعني عبارة «التأهيل» كل جهد يبذل ليستعيد مدمن المخدرات صحته الجسمانية والنفسية ويعود للتكيف مع البيئة التي يعيش فيها، ويحسن أداؤه وعلمه ومهاراته .

٦ ـ **مدة الاستبقاء**: (غير وارد).
٧ ـ **الاستئناف**: (غير وارد).
٨ ـ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).
٩ ـ **اجراءات الخروج**: (غير وارد).

ملاحظة: تنص الشروح الرسمية المتعلقة بالقانون المذكور أعلاه، أنه يجوز للقاضي الذي ينطق بحكم الإدانة في قضية جنائية أن:

أ ـ يأمر بايداع المجرم في مؤسسة تأهيل مدمني المخدرات بدون عقوبة،
ب ـ يعاقب المجرم.

ويحكم هذه المادة (٣٢) مفهوم بأن مدمن المخدرات، بجانب أنه مجرم، فهو أيضاً ضحية لإدمان المخدرات.

ولما كان علاج وتأهيل مدمني المخدرات ـ أي ضحايا ادمان المخدرات ـ ليس واجب ومسئولية الحكومة وحدها، بل هو أيضاً من مسئولية المجتمع عموماً، لذا فإن قيام مؤسسات التأهيل يعتبر ضرورة هامة.

وتستهدف هذه المادة تأمين التنسيق اللازم للجهود الموجهة لمكافحة والسيطرة

على ادمان المخدرات آخذة في اعتبارها أن هذه المشكلة ـ تتعلق بجوانب اجتماعية مختلفة ـ وتتطلب عملياً مشاركة مختلف الجهات الحكومية والهيئات الخاصة» .

* إسرائيل (فلسطين المحتلة)

القانون: القانون الجنائي لسنة ١٩٧٠ .

١ ـ **الأسباب**: الشخص الذي يحكم عليه بالسجن ـ خلافاً لعقوبة السجن المشروط ـ لمدة ستة شهور فأكثر، وتقتنع المحكمة ـ بعد سماع رأي الطبيب النفساني ـ بأن المتهم مدمن على العقاقير المخدرة الخطرة بمعناها الوارد في «قانون المخدرات الخطرة»، وبأن هناك أسباباً للاعتقاد بأنه اقترف الجريمة التي صدر عليه الحكم فيها، نتيجة للإدمان، وبأن هذا الإدمان قد يؤدي به إلى ارتكاب جرائم أخرى. يجوز للمحكمة أن تأمر في حكمها بحجز هذا الشخص في مؤسسة مغلقة لعلاجه من هذا الإدمان .

٢ ـ **الطلب**: المحكمة .

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار** :المحكمة .

٤ ـ **الفحص الطبي**: رأي الطبيب النفسي لتأكيد أن المتهم مدمن مخدرات خطرة .

٥ ـ **برنامج العلاج**: كل شخص أصدرت المحكمة ضده أمراً بحجزه في مؤسسة مغلقة بنفس شروط ايداع «شخص مريض» بالمستشفى (رهن ببعض الاستثناءات) حسب معناه الوارد في قانون علاج الأشخاص المرضى عقلياً لسنة ١٩٥٥ .

ولا يجوز إصدار الأمر «أمر الحجز» مالم تقر مؤسسة معترف بها من وزارة الصحة العامة ومناسبة لتقديم العلاج اللازم بأنه يمكنها قبول الشخص المحكوم بغرض علاجه .

ويجوز لوزير الصحة ـ بموافقة وزير الشرطة ـ أن يعتمد جناح الأمراض النفسية في السجن كمؤسسة مناسبة .

٦ ـ **مدة الاستبقاء**: لا يجوز إصدار أمر حجز لمدة تزيد على ثلاث سنوات أو أن يتجاوز مدة السجن التي يتعين على المحكوم أن يقضيها، أيهما أطول .

وتخصم مدة الحجز من مدة السجن المحكوم بها على هذا الشخص مالم يصدر عن المحكمة أي توجيهات بعدم جواز خصم جزء أو كل المدة. وفي هذه الحالة، يجب على المحكمة أن تقرر ـ بعد سماع رأي الطبيب النفساني (أو الطبيب الممارس) ـ ما إذا كانت فترة العلاج في مؤسسة مغلقة ستجري قبل أو بعد أن يقضي الشخص مدة العقوبة في السجن.

٧ ـ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ـ **المراجعة الدورية**: يجب على المحامي العام ـ أو من ينوب عنه ـ إعادة قضية المريض مرة كل ستة شهور أمام المحكمة التي أصدرت أمر الحجز. ويجوز للمحكمة إلغاء الأمر إذا اقتنعت بعدم وجود ما يبرر استمرار حجز المريض في مؤسسة مغلقة.

٩ ـ **اجراءات الخروج**: يعين وزير العدل مجلساً مؤلفاً من ثلاثة أشخاص أحدهم قاضي المحكمة الأهلية وأحدهم على الأقل طبيب نفساني.

وحيثما اقتنع المجلس بأن المريض لم يعد بحاجة للعلاج في مؤسسة مغلقة أو أنه لا يرجى شفاؤه، يجوز للمجلس أن يأمر بالإفراج عنه من المؤسسة المغلقة في أي وقت قبل إنتهاء الفترة المقررة في أمر الحجز. ويجوز للمجلس أيضا وفقا لما يراه من وجهة نظر شفاء وتأهيل المريض، أن يصدر أمره بالإفراج عنه لمدة معينة أو تحت الشروط التي يراها مناسبة.

ويكون المريض الذي يغادر المؤسسة المغلقة بدون إذن وكذا الشخص الذي يساعد المريض على مغادرتها عرضة لعقوبة السجن لمدة سنة واحدة.

* موريشيوس

القانون: القانون بشأن المواد المنشطة لسنة ١٩٧٤.

١ ـ **الأسباب**: كل شخص لا يلتزم بـ أو يخالف أياً من نصوص القانون بشأن المواد المنشطة لسنة ١٩٧٤ ويدان بمثل هذه الجريمة.

٢ ـ **الطلب**: بواسطة المحكمة التي تنظر في القضية الجنائية.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: المحكمة التي تنظر في القضية الجنائية.

٤ ـ **الفحص الطبي**: (غير وارد).

٥ ــ **برنامج العلاج**: يجوز للمحكمة التي أدين الشخص أمامها ـ إن وجدت ذلك مناسباً ـ أن تأمر ـ بالإضافة إلى أي عقوبة أخرى تحكم بها ـ بأن يخضع المتهم للعلاج أو التعليم أو العناية اللاحقة أو التأهيل أو الإندماج في المجتمع حسبما يقتضي الحال.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: (غير وارد).

٧ ــ **الإستئناف**: (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٩ ــ **اجراءات الخروج**: (غير وارد).

* الفلبين

القانون: قانون العقاقير الخطرة في ٣٠ مارس ١٩٧٢.

١ ــ **الأسباب**: لأي من الآتي:

أ ــ خضوع المعوّل على المخدرات اجبارياً للعلاج والتأهيل بعد القاء القبض عليه، أو.

ب ــ خضوع المعول على المخدرات طوعياً للحجز والعلاج والتأهيل باختيار المدعي عليه بنفسه أو عن طريق أسرته، أو ولي أمره، أو أحد أقاربه.

إذا وجدت المحكمة أن شخصاً متهماً بجريمة ـ في أي مرحلة من مراحل اجراءات الدعوى ـ هو شخص معوّل على المخدرات، فإنه يجب على المحكمة أن توقف كل الإجراءات الأخرى وتحيل نسخة من ملف القضية إلى مجلس المخدرات الخطرة.

وإذا تقدم شخص معول على المخدرات باختياره للحجز والعلاج والتأهيل في أحد مراكز العلاج والتأهيل، والتزم بالشروط التي تقضي بها النظم واللوائح الصادرة عن المجلس، فإنه لا يُسأل جنائيا عن أي انتهاك لقانون العقاقير المخدرة الخطرة. ويشمل هذا الاعفاء الحدث القاصر الذي يتم حجزه للعلاج والتأهيل بموجب طلب كتابي محلّف يتقدم به أحد والديه أو ولي أمره أو أحد أقاربه حتى الدرجة الرابعة أو مدير الصحة أو أمين دائرة الرعاية الاجتماعية حسب الترتيب المذكور.

وتعني عبارة «التعويل على المخدرات» حالة الاعتماد النفسي أو الجسماني - أو كلاهما - على أحد المخدرات الخطرة والتي تنشأ لدى الشخص عقب تناوله أو تعاطيه ذلك المخدر على أساس دوري أو مستمر. وقد ورد في القانون تعريف عبارة «المخدرات الخطرة».

٢ ــ **الطلب:** إذا قرر المجلس - بعد الفحص الطبي - أن الصالح العام يقتضي حجز المعول على المخدرات في مركز للعلاج والتأهيل، فيجب أن يقدم طلباً كتابياً لحجزه، ويوجه الطلب إلى المحكمة الجزئية، أو محكمة الأحداث أو العلاقات الداخلية، أو دائرة المحكمة الجنائية في الإقليم أو المدينة التي قبض فيها على الشخص لإستجوابه أو التي يحاكم فيها. ويجوز لأي من هذه المحاكم أن تتلقى وتتخذ قراراً بشأن طلب حجز المعول على المخدرات.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار:** يقدَّم الطلب المكتوب إلى المحكمة الجزئية أو محكمة الأحداث والعلاقات الداخلية أو دائرة المحكمة الجنائية.

٤ ــ **الفحص الطبي:** فحص بواسطة اثنين من الأطباء ويقدمان تقريراً بذلك إلى المحكمة.

٥ ــ **برنامج العلاج:** بموجب أمر صادر عن المحكمة بحجزه في مركز للعلاج والتأهيل.

٦ ــ **مدة الاستبقاء:** (غير وارد).

٧ ــ **الإستئناف:** (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية:** يرفع مدير مركز العلاج تقريراً إلى المحكمة كل أربعة شهور بشأن التقدم الذي يحرزه المريض في مراحل العلاج.

٩ ــ **اجراءات الخروج:** يجوز للشخص نفسه أو ولي أمره أو أحد أقاربه أن يتقدم بطلب كتابي إلى المحكمة للإفراج عنه. فإذا أصدرت المحكمة - بعد نظر الطلب - إمراً بالإفراج عن الشخص، يجب كذلك أن تبين ما إذا كان يتعين خصم فترة العلاج من أي عقوبة جنائية آخذة في الاعتبار سلوك الشخص أثناء فترة العلاج.

* بولندا

القانون: قانون ١٩ أبريل ١٩٦٩ (القانون الجنائي).

ملاحظة: النص الكامل الوارد في قانون ١٩ ابريل ١٩٦٩ بموجب المادة ١٠٢ من القانون الجنائي بشأن علاج المجرمين المعولين على المخدرات كالآتي:

«حيثما صدر حكم في جريمة اقترفت بواسطة شخص إعتاد معاقرة الخمر وغيرها من المسكرات، فإنه يجوز للحكمة أن تأمر بحجز المجرم في مؤسسة لعلاج الادمان قبل تنفيذ العقوبة. ولا تحدد مدة الاستبقاء في المؤسسة مقدما، غير أنها يجب ألّا تقل عن ستة شهور ولا تطول عن عامين، وتصدر المحكمة قرارها بشأن الإفراج عنه من المؤسسة على ضوء نتائج العلاج».

* السنغال

القانون: القانون رقم ٥١/٧٥ في ٩ يوليو ١٩٧٥ لإلغاء وتعديل المادة ٨ من القانون رقم ٢٤/٧٢ في ١٩ أبريل ١٩٧٢ في شأن منع المخالفات في مجال المخدرات.

١ ــ **الأسباب**: بعد استجواب أي شخص متهم باستعمال أو الشروع في استعمال المخدرات بصورة غير مشروعة يجوز لمحكمة التحقيق المختصة أو المحكمة التي تنطق بالحكم أن تصدر أمرها إليه بالخضوع للعلاج لإزالة أثر الإدمان. وفي هذه الحالة يجوز للمحكمة اسقاط التهم المنسوبة إليه قبل ارساله للعلاج لإزالة أثر الادمان.

٢ ــ **الطلب**: أي طبيب يصبح أثناء عمله في التشخيص أو العلاج على قناعة بأن شخصاً يدمن مخدرات غير مشروعة، عليه إبلاغ رئيس الهيئة الطبية في المنطقة. وحيثما تم ابلاغ رئيس الهيئة الطبية في منطقة بحالة شخص يتعاطى المخدرات، سواء عن طريق شهادة طبيب أو تقرير من حاكم المنطقة أو رئيس الشرطة، عليه إتخاذ اللازم نحو اجراء الكشف الطبي على الشخص المعني.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: المحكمة التي أدين الشخص أمامها، وذلك بناء على نتيجة الفحص الطبي وتوصية خاصة من رئيس الهيئة الطبية في المنطقة.

٤ ــ **الفحص الطبي**: يجري الفحص الطبي بمعرفة ثلاثة أطباء على الأقل مع ضرورة اجراء التحريات اللازمة في حياة الشخص أسرياً ومهنياً واجتماعياً أيضاً.

٥ ــ **برنامج العلاج**: يجوز أن يتلقى المريض العلاج في مركز لعلاج الادمان، أو على أساس العلاج الخارجي تحت عناية طبيب أو مع مؤسسة علاجية تابعة لوزارة الصحة العامة.

ملاحظة: لا تطبق النصوص المذكورة أعلاه بحق الأشخاص المعولين على المخدرات الذين يتقدمون باختيارهم طوعاً إلى مؤسسة علاجية تابعة لوزارة الصحة العامة بغرض الحصول على العلاج اللازم. وبناء على طلب مكتوب، يجوز حفظ هوية مثل هؤلاء الأشخاص سراً. ولا يمكن طرح مسألة ابقاء هويتهم مجهولة جانباً إلا لأسباب أخرى غير متعلقة بمنع تعاطي المخدرات المحظورة.

٦ ــ **مدة الاستبقاء**: (غير وارد).

٧ ــ **الإستئناف**: (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية**: (غير وارد).

٩ ــ **اجراءات الخروج**: (غير وارد).

* سويسرا (القانون الإتحادي)

القانون: القانون الإتحادي المؤرخ ١٨ مارس ١٩٧١ بتعديل القانون الجنائي السويسري.

١ ــ **الأسباب**: المجرم مدمن مسكرات والجريمة التي اقترفها لها صلة بحالته.

٢ ــ **الطلب**: القاضي.

٣ ــ **سلطة اتخاذ القرار**: القاضي.

٤ ــ **الفحص الطبي**: يأمر القاضي ـ إذا لزم الأمر ـ باجراء تقييم خبير طبي لحالة المجرم البدنية والعقلية وما إذا كان يوصي بعلاجه طبياً.

٥ ــ **برنامج العلاج**: يجوز للقاضي أن يصدر أمراً بحجز المجرم في مؤسسة لعلاج مدمني الخمر، وإذا دعت الضرورة ـ ايداعه في مستشفى لمنع المزيد من

الجرائم والمخالفات، ويجوز أن يأمر كذلك بالعلاج الخارجي. وتتولى السلطات الطبية (المؤسسة الطبية) تحديد المؤسسة المناسبة للعلاج.

وفي حالة احتجاز المجرم أو ايداعه في مؤسسة صحية أو دار للرعاية، يوقف القاضي تنفيذ أي حكم يقضي بحرمانه من الحرية.

وفي حالة العلاج الخارجي، يجوز للقاضي وقف تنفيذ العقوبة إن كانت لا تتفق مع العلاج. وفي تلك الحالات، يمكن أن يفرض نظاماً سلوكياً يتعين اتباعه بواسطة الشخص المحكوم، ووضعه - إذا لزم الأمر - تحت المراقبة الوقائية. ويجب أن تكون مؤسسة علاج مدمني المسكرات منفصلة عن أي مؤسسات أخرى ورد نص بشأنها في قانون العقوبات السويسري.

٦ ـ **مدة الاستبقاء**: إذا تبين أن الشخص المحجوز لا يرجى شفاؤه، أو أن متطلبات الإفراج المشروط لم تستوف بعد مدة سنتين، يتخذ القاضي قراراً - بعد استشارة الأشخاص القائمين على إدارة المؤسسة - عما إذا كان ينبغي تنفيذ أي عقوبات موقوفة وإلى أي مدى. وحيثما تم استيفاء تلك المتطلبات، يجوز للقاضي أن يأمر باتخاذ تدابير أخرى لحماية السلامة العامة بدلاً من العقوبة المحكوم بها.

٧ ـ **الاستئناف**: (غير وارد).

٨ ـ **المراجعة الدورية**: (انظر الفقرة ٦ أعلاه).

٩ ـ **إجراءات الخروج**: فور أن تعتبر السلطة المختصة أن المحجوز استكمل شفاءه، يجب أن تأمر بخروجه من المؤسسة الطبية. ويجوز أن يتم الإفراج عنه بشروط ووضعه تحت المراقبة الوقائية لفترة سنة إلى ثلاث سنوات. ويجب في جميع الحالات تبليغ هذا القرار للقاضي قبل الإفراج عن الشخص (من المؤسسة).

ويقرر القاضي ما إذا كان ينبغي تنفيذ أي عقوبات موقوفة فور الإفراج عن الشخص من المؤسسة العلاجية أو بنهاية فترة العلاج والرعاية، وإلى أي مدى. ويجب على السلطة المختصة أن تبدي رأيها في هذا الموضوع عند إتخاذ قرارها. وتخصم فترة الحجز في المؤسسة العلاجية من مدة العقوبة التي أوقف تنفيذها في وقت النطق بهذه التدابير العلاجية.

* تايلاند

القانون: قانون المخدرات لسنة ١٩٧٩.

١ ــ **الأسباب:** يُعفى من العقوبات في الجرائم التي يعاقب عليها القانون والمنصوص عليها في المادتين ٩١ و٩٢ من هذا القانون، كل شخص تعاطى المخدرات التي ورد ذكرها ثم تقدم بطلب للعلاج في مؤسسة طبية قبل أن تكتشف السلطات المختصة جريمته، والتزم بدقة بقواعد ونظم العلاج والانضباط في المؤسسة العلاجية، وحصل على شهادة بذلك من المسئول المختص وفقاً لما يقرره الوزير (المسئول أو المختص عن تنفيذ القانون)، ويسري الاعفاء في الحالات الآتية:

أ ــ المادة (٩١): تعاطي المخدرات من الفئة ١ (هيروين) أو الفئة ٢ (مورفين ـ كوكايين ـ كودين ـ أفيون طبي) باستثناء ما يتناوله للعلاج من الأمراض بناء على تذكرة طبية معتمدة من طبيب ممارس أو طبيب أسنان.

ب ــ المادة (٩٢) تعاطي المخدرات من الفئة ٥ (ماريجوانا ـ نبات الكراتوم).

٢ ــ **الطلب:** (غير وارد).

٣ ــ **سلطة إتخاذ القرار:** (غير وارد).

٤ ــ **الفحص الطبي:** (غير وارد).

٥ ــ **برنامج العلاج:** (غير وارد).

٦ ــ **مدة الاستبقاء:** (غير وارد).

٧ ــ **الاستئناف:** (غير وارد).

٨ ــ **المراجعة الدورية:** (غير وارد).

٩ ــ **اجراءات الخروج:** (غير وارد).

* اتحاد الجمهوريات السوفيتية الإشتراكية
(جمهورية روسيا السوفيتية الاتحادية الاشتراكية)

القانون: مرسوم الأول من مارس ١٩٧٤ بشأن العلاج الاجباري والتأهيل المهني للمدمنين على الخمر بصورة مزمنة.

ملاحظة: يكون كل شخص حكم عليه بالسجن في جريمة اقترفها في

مصحة للعلاج والتأهيل المهني، أو اقترفها قبل ايداعه بهذه المصحة ولكن بعد أن أمرت محكمة الشعب بحجزه فيها للعلاج الإجباري من ادمان الخمر المزمن، عرضة (بعد قضاء مدة العقوبة الجنائية) لحجزه في مصحة لباقي مدة العلاج التي لم تستكمل حيثما أظهرت نتائج الفحص الطبي حاجته لمثل هذا العلاج.

* المملكة المتحدة
(إنجلترا وويلز)

القانون : القانون الجنائي لسنة ١٩٧٢ (سلطنة الكونستابل لاقتياد المجرم المخمور إلى مركز العلاج).

تنص المادة ٣٤ على أنه يجوز للكونستابل - حيثما رأى ذلك مناسباً - توقيف أي شخص مخمور وفاقد القدرة، أو مخمور ومشاغب أو مخل بالنظام في سلوكه، أو مخمور ومخل بالنظام حال تواجده في مكان عام، كما يجوز له اقتياد هذا الشخص إلى أي مركز طبي لعلاج مدمني المسكرات معتمد لهذا الغرض من وزير الدولة، وأثناء اقتياد الشخص إلى المركز العلاجي فإنه يعتبر تحت التحفظ القانوني. ولا يحتاج المركز العلاجي لحجز الشخص للعلاج، كما أن استعمال السلطة الممنوحة بموجب هذا القانون لا تمنع من توجيه التهمة للشخص في أي جريمة اقترفها.

* الولايات المتحدة الأمريكية
(القانون الإتحادي)

القانون: قانون تأهيل مدمني المخدرات لسنة ١٩٦٦ وتعديلاته
(القانون العام رقم ٧٩٣/٨٩)
انظر ملخص هذا القانون بنهاية الفصل السابق.

* الولايات المتحدة الأمريكية
(ولاية ماساشوستس)

القانون: المواد ١٠ إلى ١٣ من الفصل ١١١ ح من القوانين العامة: (قانون تأهيل مدمني المخدرات) في ٢٤ ديسمبر ١٩٨١.

أ ـ المادة ١٠ المدعى عليه المتهم في جريمة مخدرات:

١ ـ **الأسباب**: كل مدعى عليه متهم في جريمة مخدرات.

٢ ـ **الطلب**: يجب ابلاغ كل مدعي عليه متهم في جريمة مخدرات عند مثوله أمام المحكمة بمثل هذه التهمة بأن له الحق في أن يطلب فحصه طبياً لتقرير ما إذا كان شخصاً معولاً على المخدرات يحتمل أن يستفيد من العلاج أم لا، وأنه إذا اختار أن يمارس هذا الحق فيجب أن يطلب ذلك كتابياً خلال خمسة أيام من ابلاغه بذلك.

وإذا طلب المدعي عليه هذا الفحص، يجوز للمحكمة أن تقرر حسب رأيها بأن المدعي عليه شخص معول على المخدرات يحتمل أن يستفيد من العلاج وذلك بدون أن تأمر بإجراء هذا الفحص. وفي هذه الحالة، يجب أن تخطر المحكمة المدعي عليه بأنه يجوز له أن يطلب حجزه في مرفق لعلاج الإدمان، وتبلغه بنتائج هذا الحجز، وأنه إذا تم حجزه، فإن اجراءات الدعوى الجنائية ستعلق طوال فترة حجزه.

٣ ـ **سلطة اتخاذ القرار**: تطبق أحكام المادة ١٠ على اجراءات المحكمة العليا ولكن بشرط أنه لا يحق للمدعي عليه الذي سبق فحصه طبياً بسبب ادمانه المخدرات بموجب نفس هذه المادة في محكمة أهلية أن يعاد فحصه من جديد إن كانت قضيته محالة للإختصاص أو الإستئناف أمام المحكمة العليا، ولكن شريطة أنه يجوز أيضاً للمحكمة العليا ـ وفقا لما تراه مناسباً ـ أن تمنحه موافقتها على اجراء مثل هذا الفحص الطبي.

وتتوقف الإجراءات القضائية في الفترة التي يجري أثناءها نظر الطلب المقدم بموجب هذه المادة بمعرفة المحكمة. فإذا طلب المدعي عليه فحصاً طبياً، يجب على المحكمة أن تعين لذلك طبيباً نفسانياً ـ مالم تكن المحكمة قدر قررت بالفعل أن المدعي عليه شخص معول على المخدرات ـ وإذا رأت المحكمة أن تعيين الطبيب النفساني أمر غير ممكن، تعين له طبيباً ممارساً لإجراء الفحص في المكان المناسب. وفي جميع الحالات، لا يتخذ مثل هذا الطلب لاجراء الفحص، ولا أي أقوال يدلي بها المدعي عليه أثناء الفحص الطبي، ولا أي نتائج

يتوصل إليها الطبيب النفساني أو الممارس، قرينة ضد المدعي عليه في أي إجراءات للدعوى القضائية.

ويجب أن يرفع الطبيب النفساني أو الممارس تقريراً بالنتائج التي أسفر عنها الفحص الطبي كتابة إلى المحكمة خلال خمس أيام بعد انتهاء الفحص، وتذكر فيه الحقائق التي بُنيت عليها استنتاجاتهم وأسباب ذلك.

إذا كان المدعي عليه متهماً أيضاً بمخالفة أي قانون آخر بخلاف جريمة المخدرات، تلغى المحكمة وقف سير الاجراءات لدى استلام تقرير الطبيب النفساني أو الممارس حيث يعتبر التقرير تحت تصرف الإتهامات الأخرى وفقاً للمادتين ١١ و ١٢ ولا تطبق باقي أحكام هذا النص. وإذا كان المدعي عليه متهما فقط بجريمة مخدرات، وأفاد التقرير الطبي بأنه شخص معول على المخدرات يحتمل أن يفيد من العلاج، يجب على المحكمة ابلاغ المدعي عليه بأنه يجوز له طلب حجزه في مرفق لعلاج ادمان المخدرات، وتخطره بعواقب هذا الحجز، وأنه لدى حجزه، ستعلق اجراءات الدعوى الجنائية طوال فترة حجزه.

وإذا طلب المدعي عليه حجزه وكانت المحكمة قررت أنه شخص معول على المخدرات يحتمل أن يفيد من العلاج، يجوز للمحكمة وقف اجراءات الدعوى الجنائية وايداعه بمرفق لعلاج إدمان المخدرات.

وحتى تقرر المحكمة الموافقة على طلب الحجز بموجب هذه المادة من عدمه، يجب عليها مراعاة التقرير الطبي، والسجل الجنائي الماضي للمدعي عليه، ومدى توفر وملاءمة العلاج في المرفق، وطبيعة الجريمة التي اتهم بها المدعي عليه بما في ذلك ـ وإن لم تقتصر على ـ ما إذا كانت الجريمة المتهم فيها تتعلق ببيع المخدرات أو البيع إلى حدث قاصر أو أي أدلة أخرى مرتبطة بذلك.

فإذا لم توافق المحكمة على حجز المدعي عليها في مرفق علاجي، تلغي ايقاف سير الدعوى الجنائية على الفور.

ملاحظة: وردت تعريفات هذه المصطلحات في المادة (١) من الفصل ٣ ح كالآتي:

* «المدير» هو المدير المسئول عن قسم التأهيل من ادمان المخدرات.
* «العقاقير المخدرة» هي أي مادة مصنعة وفقاً للتعريف الوارد في الفصل ٩٤ جـ، أو الغراء أو المواد الكيماوية اللاصقة وفقا للتعريف الوارد في المادة ١٩ من الفصل ٢٧٠.
* «الشخص المعول على المخدرات» هو شخص غير قادر على العمل بصورة فعالة وتتسبب عدم مقدرته هذه أو تنتج عن تعاطيه مخدراً آخر خلاف الخمر أو التبغ أو المشروبات المباحة المحتوية على الكافيين، وكذا خلاف العقاقير الموصوفة طبياً عندما تعطي مثل هذه العقاقير المخدرة بواسطة الطبيب ويكون تناولها متناسباً مع الحاجة الطبية إليها.
* «جريمة مخدرات» هي فعل أو مخالفة تتعلق بحالة التعويل على المخدرات، يشكل بحدّ ذاته جريمة وفقاً للمادة ٢١، أو البند (١) من المادة ٢٤ من الفصل ٩٠، أو المادة ٨ من الفصل ٩٠ (ب) والفصل ٩٤ (جـ)، أو المادة ٦٢ من الفصل ١٣١، ولكن بشرط أنه في حالة الأحداث، ينطبق هذا التعريف إذا كان الحدث متهما بالإنحراف بسبب جريمة وفقاً لنصوص المواد المذكورة.
* «مرفق علاجي» هو كل مكان عام أو خاص أو جزء منه لا يشكل جزءاً من سجن ولا يقع داخله، ولا يقع تحت إدارة الحكومة الاتحادية، ويقدم خدمات تستهدف بصفة خاصة علاج الأشخاص المعولين على المخدرات أو الأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة فورية نتيجة لتعاطيهم عقاقير مخدرة تؤدي للإدمان.
* «سابقة مخدرات» هي كل فعل غير قانوني في هذا المجال لم يُبتّ فيه عن طريق المحاكمة. والأشخاص الذين يلقي القبض عليهم في جرائم مخدرات سابقة انتهت فيها القضية لصالح المدعي عليه يعتبرون من ذوي سوابق المخدرات.
* «طبيب نفساني مستقل» هو الطبيب النفساني الذي لا يشغل منصباً ولا وظيفة في أي إدارة أو مجلس أو وكالة تابعة للولاية أو في أي مرفق عام أو سجن حكومي.
* «مرفق خاص» تعني أي مرفق علاج خلاف المرافق التي تديرها الحكومة الإتحادية أو الولاية أو أي تقسيم سياسي بها.

* «طبيب نفساني» هو الطبيب الذي نـال شهادة علميـة أو تخصص في الأمراض النفسية.
* «مرفق عام» هو كل مرفق علاج تديره الولاية أو أي تقسيم سياسي فيها.
* «التحمّل» هو قدرة الاحتمال أو القـدرة على مقـاومة المخـدر وهي الحالـة التي تتطلبها الجرعة الزائدة من المخدر لإظهار الآثار الجسمانية والنفسية التي تركتها الجرعة السابقة.
* «العـلاج» هو خـدمات وبـرامج رعـاية وتـأهيـل الأشخـاص المعـولـين عـلى المخدرات، أو الأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة فورية نتيجة تعـاطيهم عقاقير مخدرة تؤدي للإدمـان، وتشمل ـ وإن لم تقتصر عـلى ـ الآتي: خدمـات وبرامج طبية ونفسية ومهنية وتعليمية وترفيهية.
* «الإنقـطاع» أو الإنسحاب هـو رد فعل جسـماني أو نفسي اجباري، أو مـرض عند الإنقطاع فجأة عن تعاطي عقار مخـدر قـوي للإدمـان كانت قـد تكونت لدى متعاطيه قدرة على احتماله.

٤ ــ **الفحص الطبي**: أنظر الفقرة ٣ أعلاه.

مـلاحظة: إذا ذكـر تقريـر الطبيب النفسـاني أو الممارس أن الشخص ليس معولاً على المخدرات يحتمل أن يستفيد مـن العـلاج، يكون للمـدعي عليه حق طلب عقد جلسة للمحكمة لتقرير ما إذا كان شخصاً معـولاً يرجى استفـادته من العلاج أم لا. ويجوز للمحكمة بناء على مبادرة منها أو بناء على طلب المدعي عليه أو محاميه أن تعين طبيباً نفسانياً مستقلاً، أو ـ إذا تعذر ذلـك ـ تعين طبيبـاً ممارسـاً مستقلاً لفحـص المدعي عليه والإدلاء بشهادته في المجلس. فإذا قـررت المحكمة أن المدعي عليه شخص معول على المخدرات يرجى استفادته من العـلاج، تطبق على المدعي عليـه كافـة الإجراءات والمستـويات التي تـطبق على أي مـدعي عليه تقرر المحكمة بشـأنه ـ وبنـاء على تقـرير الـطبيب النفسي أو الممارس الأول الـذي فحصه ـ بأنه شخص معول على المخدرات يحتمل أن يفيد من العلاج.

٥ ــ **برنامج العلاج**: إذا تقدم المدعي عليه بطلب لحجزه، وإذا قررت المحكمـة أن المدعي عليه شخص معول على المخـدرات يرجى استفـادته من العـلاج وكان المدعي عليه متهما لأول مرة بجريمـة مخدرات لا تتضمن بيـع أو تصنيع

العقاقير المخدرة المؤدية للإدمان، ولا يوجد ما يستدعي التأجيل فيما يتعلق بالمدعي عليه وفقا لهذه المادة، فيجب على المحكمة أن تصدر أمرها بايداع المدعي عليه في مرفق العلاج المدمنين بدون مراعاة لأي عوامل أخرى.

وقبل الإيداع يجب على المحكمة أن تستشير المسئول بالمرفق أو قسم التأهيل لتحديد ما إذا كان العلاج الكافي والمناسب متوفراً.

وإذا تقدم المدعي عليه بطلب لحجزه، وإذا قررت المحكمة أن المدعي عليه شخص معول على المخدرات يرجى استفادته من العلاج، وكان المدعي عليه متهما لأول مرة بجريمة مخدرات لا تتضمن بيع أو تصنيع العقاقير المخدرة المؤدية للادمان، ولا يوجد ما يستدعي التأجيل فيما يتعلق بالمدعي عليه وفقا لهذه المادة، ولكن لم يتوفر بالمرفق العلاج الكافي والمناسب، يظل وقف اجراءات المحكمة سارياً إلى أن يصبح العلاج الكافي والمناسب متوفراً في المرفق العلاجي.

وفي كافة الحالات الأخرى، لا يجوز اصدار أمر الحجز مالم تقرر المحكمة - بعد استشارة المرفق أو قسم التأهيل - بأن العلاج الكافي والمناسب متوفر، ولكن على شرط أنه يمكن للمحكمة حسبما تراه مناسباً أن تأمر بأن يظل وقف اجراءات الدعوى معلقاً حتى يتوفر العلاج الكافي والمناسب.

فإذا ظل وقف اجراءات الدعوى ساريا بسبب عدم توفر العلاج الكافي والمناسب في المرفق، فإنه يجوز اعادة فتح موضوع توفر العلاج الكافي والمناسب في المرفق وذلك في أي وقت بناء على مبادرة من المحكمة أو النائب العام أو المدعي عليه.

ويجوز للمسئول في أي وقت خلال مدة الحجز أن يحول أي مريض داخلي إلى برنامج علاج خارجي إذا ارتأى أن المريض يناسبه هذا البرنامج، ولكن على شرط أنه يجوز للمسئول أن يعيد تحويل المريض إلى برنامج علاج داخلي إذا وجد أن الشخص لا يناسبه العلاج الخارجي، وكذا على شرط أنه فور اتمام هذا التحويل، يجب على المسئول أن يخطر المحكمة التي أمرت بالحجز وكذا المدير بهذا التحويل كتابة .

٦ ـ **مدة الإستبقاء**: يجب أن تحدد مدة الحجز في أمر الحجز الصادر بموجب هذه المادة وبحيث لا يتجاوز ١٨ شهراً أو فترة زمنية تعادل أقصى عقوبة ينالها إن وجد أنه مذنب في كل تهمة تضمنتها الشكوى أو صحيفة الإتهام، أيهما أقصر.

٧ ـ **الاستئناف** : لا يجوز بأي حال حجز أي مدعى عليه وفقاً للمادة ١٠ ما لم يوافق المدعي عليه كتابة على شروط أمر الحجز .

٨ ـ **المراجعة الدورية**: على مسئول المرفق أن يقدم كل ثلاثة شهور تقريراً كتابياً بشأن التقدم الذي أحرزه المدعي عليه في برنامج العلاج، ويرفع التقرير إلى المحكمة التي أمرت بالحجز وذلك طوال مدة حجز المدعى عليه في المرفق وفقاً للمادة ١٠. ويكون عدم الإلتزام بذلك سبباً لإلغاء ترخيص المرفق . وفي نهاية مدة الحجز أو عندما يأمر المسئول بالإفراج عن المريض، أو إذّا أنهى المريض برنامج العلاج في المرفق قبل الوقت المحدد له، أيها يقع أولا ، يجب على المسئول أن يُخطر كتابياً المحكمة التي أمرت بالحجز وكذا المدير بانتهاء العلاج والأسباب التي استدعت الإفراج بما في ذلك إن كان المدّعى عليه قد استكمل برنامج العلاج بنجاح .

ولدى التوصل إلى قرار عما إذا كان المدعى عليه قد استكمل برنامج العلاج بنجاح أم لا، يجب على المحكمة أن تنظر فيها إذا كان المدعي عليه قد تعاون مع المسئول والتزم بالنظم والشروط التي فرضت عليه أثناء الحجز. فإذا ذكر التقرير أن المدعى عليه أكمل برنامج العلاج بنجاح، أو عندما يكمل المدعى عليه الشكل العلاجي الذي أمرت به المحكمة، فيجب على المحكمة أن تسقط كل التهم التي لم يفصل فيها ضد المدّعى عليه. أما إذا لم يذكر التقرير ذلك، أو إذا لم يكمل المدعى عليه الشكل العلاجي الذي أمرت به المحكمة، فإن للمحكمة عندئذ، وبناء على نص التقرير وأي أدلة ثبوتية أخرى، أن تتخذ الخطوات التي تراها مناسبة بما في ذلك اسقاط التهم أو الغاء وقف اجراءات الدعوى الجنائية.

٩ ـ **اجراءات الخروج**: يجوز لأي مريض احتجز وفقا للمادة ١٠ أن يقدم طلباً كتابياً إلى المحكمة التي أمرت بحجزه للإفراج عنه أو تحويله من العلاج

الداخلي إلى العلاج الخارجي، أو من مرفق علاجي إلى مرفق آخر، ولكن على ألّا يتقدم بأكثر من طلب واحد بكل فترة ثلاثة شهور. وعند استلام طلب الخروج أو التحويل، تخطر المحكمة المريض باشعار كتابي بأن له الحق في عقد جلسة استماع وأن يمثله محام في هذه الجلسة.

وخلال عشرة أيام من تاريخ استلام طلب الخروج، يجب على المسئول بالإضافة إلى طبيب نفساني مستقل، وإن لم يوجد، إلى طبيب ممارس مستقل تعينه المحكمة لإجراء الفحص الطبي على المريض، أن يتقدما بتقرير إلى المحكمة أن المريض لن تعود عليه أية فائدة بعد ذلك، فيجب الموافقة على طلب الخروج المقدم من المريض. أما إذا وجدت المحكمة خلاف ذلك، يرفض الطلب.

ب ـ المادة ١١ ـ المدعى عليه المتهم بجريمة أخرى غير جريمة المخدرات

ملاحظة: فيما يلي النص الكامل لهذه المادة:

كل شخص وجد مذنباً بانتهاك أي قانون آخر خلاف جرائم المخدرات أقر ـ قبل الفصل في الاتهام ـ بأنه شخص معول على المخدرات وطلب فحصه، يجب أن يتم فحصه بمعرفة طبيب نفساني ـ أو إذا رأت المحكمة أن ذلك متعذر، يتم فحصه بمعرفة طبيب ممارس لتقرير ما إذا كان شخصاً معولاً على المخدرات إلى حد أنه مدمن مخدرات ترجى استفادته من العلاج أم أنه شخص معول على المخدرات وليس إلى حد أنه مدمن مخدرات ترجى استفادته من العلاج،

وإذا كان المدعى عليه قد أجرى فحصاً سابقاً بناء على طلب فحص مقدّم وفقاً للمادة ١٠، يُضمّ تقرير الطبيب الممارس أو الطبيب النفساني الذي أجري الفحص للإفادة منه في الفحص الذي يجري وفقا لهذه المادة.

ويجري الفحص في المكان المناسب بناء على أمر مناسب تصدره المحكمة. وفي جميع الحالات، لا يتخذ الطلب لإجراء مثل هذا الفحص، ولا أي أقوال يدلي بها المدعي عليه أثناء الفحص الطبي، ولا أي نتائج يتوصل إليها الطبيب النفساني أو الطبيب الممارس قرينة ضد المدعى عليه في أي اجراءات للدعوى الجنائية. ويجب أن يرفع الطبيب النفساني أو الممارس تقريراً بالنتائج التي أسفر عنها الفحص الطبي، كتابة إلى المحكمة خلال خمسة أيام بعد انتهاء الفحص، وتذكر فيه الحقائق التي بني عليها التقرير وأسبابها.

فـإذا ذكر التقـرير أن المـدعي عليه شخص معـول على المخـدرات يـرجى استفـادتـه بـالعـلاج، وإذا قضت المحكمـة بـايـداع المـدعى عليــه في سجن أو اصلاحية أو أي مؤسسـة عقـابيـة أخرى ، فـإنـه يجـوز للمحكمـة أن تـأمـر أيضاً بتوفير العلاج للمدعى عليه في المرفق العقابي لكل أو جزء من مدة السجن، ولكن على شرط أن تحدد المحكمة مدة العـلاج المطلوب بعـد التشاور مـع مسئول المرفق العقابي، وكذا على شرط ألا تأمر المحكمة بتقديم العـلاج للمدعى عليـه في مرفق عقابي مالم يوافق المدعى عليه كتابة على هذا الأمر. ويجوز لمسئـول المرفق إنهاء علاج المدعى عليه في الوقت الذي يقرر فيه أن المدعى عليه لن يستفيد بعـد ذلك عن طريق العلاج.

أما إذا أوضح التقرير أن المدعى عليه ليس شخصـاً معولاً عـلى المخدرات يرجى استفادته بالعلاج، فإنه يحق للمدعي عليـه طلب عقد جلسـة للمحكمة لتقرير ما إذا كان شخصاً معولا على المخدرات يرجى استفادته عن طريق العلاج أم لا . فـإذا قررت المحكمـة أنه شخص معـول على المخـدرات يرجى استفـادته بالعلاج، وإذا قضت المحكمة بايداع المدعى عليه في سجن أو إصلاحية أو أي مؤسسة عقابية أخرى، فإنه يجوز للمحكمة أن تأمر أيضاً بتوفير العلاج للمدعي عليه في المرفق العقابي وفقا للاجراءات والمستويات الموضحة في هذه المادة .

فإذا لم تصدر المحكمة أمراً بـايداع المـدعى عليه في سجن أو اصـلاحية أو محبس أو مؤسسة عقابيـة أخرى، فـإنه يجـوز للمحكمة أن تقضي بتـوفير العـلاج للمـدعى عليه وفقـا لأحكام المـادة ١٢ (تعليق عقوبـة الأشخاص المعـولين عـلى المخدرات).

جـ ـ المادة ١٢ تعليق عقوبة الأشخاص المعولين على المخدرات

ملاحظة: فيما يلي النص الكامل لهذه المادة:

«يجوز لأي محكمة ـ عند تعليق عقوبة مدعى عليه ثابت أنـه شخص معول على المخدرات يرجى استفادته عن طريق العلاج ـ أن تفرض شرطاً لوقف التنفيذ أن يتلقى المدعى عليه علاجاً في مرفق سواء كان علاجـاً داخلياً أو خـارجياً ولكن شريـطة ألا تفرض المحكمـة هذا الشرط لـوقف تنفيذ العقـوبة إلا بعـد استشارة

المرفق بحيث تقرر أن العلاج الكافي والمناسب متوفر به. ويتلقى المدعى عليه العلاج بهذا المرفق طالما ارتأى مسئول المرفق أن المدعى عليه يستفيد من العلاج ولكنه على أي الحالات لن يتلقى علاجا في المرفق لمدة أطول من مدة المراقبة التي أمرت بها المحكمة. ويمكن استعمال برنامج دوري لتحليل البول كشرط لتعليق العقوبة لتحديد حالة الشخص الذي علقت عقوبته فيما يتعلق بخلوه من أثر المخدرات، وتتحمل حكومة الولاية تكلفة تنفيذ مثل هذا البرنامج. وإذا أبدى المدّعى عليه في أي وقت أثناء فترة العلاج عدم تعاونه مع مسئول المرفق أو ضابط المراقبة، أو لم يلتزم بالسلوك الذي يتفق مع أمر وشروط وقف تنفيذ العقوبة، يجوز لمسئول المرفق أو ضابط المراقبة تقديم تقرير بذلك إلى المحكمة التي أمرت بوضعه تحت المراقبة، والتي يجوز لها اعتبار مثل هذا السلوك انتهاكاً ومخالفة لشروط تعليق العقوبة.

وعلى مسئول المرفق أن يقدم طوال مدة المراقبة في المرفق تقريراً كل ثلاثة شهور كتابياً إلى ضابط مراقبة سلوك المدعى عليه بشأن التقدم الذي يحرزه المدعى عليه في العلاج.

د ـ المادة ١٣ ـ المجرمون الأحداث والشباب.

ملاحظة: فيما يلي النص الكامل لهذه المادة.

يستقبل قسم (التأهيل) قيد التحويل المجرمون من الأحداث والشباب المحولين إلى القسم من ادارة خدمات الشباب. ويقدم طلب إدارة خدمات الشباب لمثل هذا التحويل إلى المدير.

ولدى استلام المدير طلب تحويل من مجلس خدمات الشباب، ومالم يكن الشخص المعني قد تم فحصه بناء على المادة ١٠ من القانون، فإنه يجب على المدير أن يعين طبيباً نفسانياً ـ أو إذا رأى المدير أن ذلك متعذر ـ يعين طبيباً ممارساً لفحص الشخص المطلوب تحويله لتقرير ما إذا كان معولاً على المخدرات يرجى استفادته عن طريق العلاج أم لا. ويرفع الطبيب النفساني أو الطبيب الممارس تقريراً كتابياً إلى المدير بالنتائج التي توصل إليها بعد اكمال الفحص ويذكر فيه الحقائق التي بني عليها الاستنتاجات وأسباب ذلك.

فإذا وجد المدير أن هذا الشخص معول على المخدرات يرجى استفادته عن طريق العلاج، وأن العلاج الملائم متوفر في مرفق مناسب، يجوز له تقديم توصية إلى ادارة خدمات الشباب بادخال الشخص إلى هذا المرفق كمريض داخلي أو خارجي.

وعند تقرير التوصية بقبول الشخص في مرفق بعد أن ثبت أنه معول على المخدرات يرجى استفادته بطريق العلاج، يجب على المدير أن يضع في الإعتبار الملف العلاجي السابق ـ إن وجد ـ لهذا الشخص في أي مرفق، وما إذا كان هذا الشخص قد التزم بشروط أي قبول سابق في مرفق علاجي أم لا.

فإذا قرر المدير ادخال المجرم الحدث أو الشاب إلى مرفق بناء على هذه المادة، فعليه أن يرفع توصية إلى إدارة خدمات الشباب بشأن الفترة التي يراها لازمة لإكمال العلاج الكافي والمناسب، على ألا تتجاوز تلك الفترة سنة واحدة على أي الحالات.

وكذلك يجب على المدير أن يبلغ ادارة خدمات الشباب بطبيعة العلاج الذي سيقدم للشخص وكذا المرفق الذي سيدخل إليه. فإذا وافقت ادارة خدمات الشباب كتابة على ادخاله إلى المرفق، وعلى طبيعة العلاج المقدم، وعلى الفترة التي رأى ضرورتها للعلاج، يتم ايداع الشخص في المرفق.

أما إذا قرر المدير أن التحويل إلى قسم (التأهيل) مرفوض لأن المجرم الحدث أو الشاب ليس شخصاً معولاً على المخدرات يرجى استفادته بطريق العلاج، أو لعدم توفر العلاج الكافي في المرفق المناسب، عليه أن يخطر إدارة خدمات الشباب كتابة بالأسس التي بني عليها قراره.

وينتهي التحويل إلى القسم بانتهاء فترة العلاج التي وافقت عليها إدارة خدمات الشباب، أو عندما يقرر المدبر أن المجرم الحدث أو الشاب لن يفيد من العلاج بعد ذلك، أيها يتبع أولا، وإذا جاء قرار المدير قبل ختام فترة العلاج التي وافقت عليها إدارة خدمات الشباب، عليه أن يخطر ادارة خدمات الشباب كتابة بالأسس التي بني عليها قراره.

ويظل المجرمون الأحداث والشباب المحولون إلى القسم (التأهيل) بناء على هذه المادة خاضعين لسلطة واشراف إدارة خدمات الشباب في كافة الأغراض بما في ذلك ـ وان لم يقتصر على ـ أوامر الخروج والإفراج ولكن على شرط أن يظل العلاج الذي يقدم للمجرمين الأحداث والشباب المحولين إلى القسم ضمن سلطة وإشراف القسم نفسه. ولكن يجب في جميع الحالات ألا تتجاوز مدة تحويل مجرم حدث أو شاب تلك الفترة التي يبقى أثناءها خاضعاً لسلطة وإشراف إدارة خدمات الشباب .

٢ ـ ٣ التبليغ الاجباري، السجلات المركزية، الاختبار المعملي، والمراقبة الإجتماعية

* بورما

القانون: لوائح المخدرات والعقاقير الخطرة لسنة ١٩٧٤ .

١ ــ **التبليغ**: انظر الفقرة ٢ أدناه.

٢ ــ **التسجيل**: يقتضي حضور مدمني المخدرات والعقاقير الخطرة لتسجيل أنفسهم في أقرب مراكز علاج طبي لمحال إقامتهم. وعلى الموظف الطبي المسئول بالمركز أن يدون في «سجل مدمني المخدرات والعقاقير الخطرة» (نموذج خاص) أسماء المدمنين الذين يحضرون بأنفسهم للتسجيل. ويحفظ هذا السجل سراً للحفاظ على كرامة هؤلاء المدمنين. ومن ثم يصدر الموظف الطبي المسئول «بطاقة التسجيل» (نموذج خاص) لمثل هذا المدمن فور قيد اسم المدمن في السجل.

وعند انتقال شخص مسجّل من منطقة إلى أخرى بصفة دائمة، يجب على هذا الشخص تبليغ الموظف الطبي في كل منطقة.

وإذا وجد بصفة صحيحة (لم يوضح القانون المستوى أو الإجراء المطلوب لذلك) أن أي شخص سبق تدوين اسمه في السجل، أصبح نتيجة للعلاج الطبي (غير محدد) في حالة لا يريد معها تعاطي المخدرات أو العقاقير الخطرة (يفترض أن المشرع يعني أن الشخص لم تعد تظهر عليه الأعراض المتلازمة

للامتناع عن المخدرات)، فإن «لمجلس تسجيل مدمني المخدرات والإشراف على العلاج الطبي» سلطة اختيارية لشطب اسم هذا الشخص من السجل. ويتم اتلاف كافة الوثائق المتعلقة بهذا الشخص. أما بالنسبة لمن يتعاطون المخدرات والعقاقير الخطرة عرضاً، فتنشأ لهم ملفات مستقلة تحوي تفاصيل كاملة (الإسم، الوظيفة، العنوان، الخ . . .) يتم تعبئتها وحفظها بصفة سرية لإستعمالها في أغراض الإحصاءات الصحية. ولا ينشأ سجل خاص للمتعاطين من فئة «مستعمل عارض».

وتعني «المدمن» كل شخص لديه رغبة في تعاطي العقاقير المخدرة والخطرة وهو عاجز عن الامتناع عن تعاطي مثل هذه العقاقير، ويعاني من الأعراض المتلازمة للإمتناع عن المخدرات عندما لا يتعاطاها.

وتعني «المستعمل العارض» كل شخص يتعاطي المخدرات والعقاقير الخطرة اتفاقاً وبشكل عارض (للبهجة أو المشاركة)، وفي حالة عدم تعاطيها لا تظهر عليه الأعراض المتلازمة للامتناع عن المخدرات.

٣ ــ **الاختبار المعملي**: (غير وارد).

٤ ــ **المراقبة الاجتماعية**: (غير وارد).

* كولومبيا

القانون: المرسوم التشريعي رقم ١١٨٨ في ٢٥ يونيو ١٩٧٤ باصدار القانون الوطني بشأن العقاقير المخدرة.

١ ــ **التبليغ**: الأطباء الذين يعالجون مرضى محتاجين إلى عقاقير أو مواد تؤدي إلى التعويل الجسماني أو النفسي، بكميات أكبر من الجرعات العلاجية، عليهم اخطار السلطات الصحية المختصة مع تزويد التفاصيل التالية: الإسم - العمر - الحالة الاجتماعية - الجنسية - ومحل اقامة المريض - ومدة استعمال المواد، وما هي هذه المواد، والجرعة اليومية المطلوبة منها.

٢ ــ **التسجيل**: يقتضي أن تمسك وزارة الصحة العامة سجلاً لمدمني المخدرات، ويجب أن يتضمن هذا السجل كافة البيانات اللازمة لقياس اتجاه هذه الظاهرة على أرض الوطن في أي وقت .

ويعتبر السجل سرياً ولا يستعمل البيانات التي يحتويها إلا في عمليات مكافحة التهريب غير المشروع.

٣ ـ **الإختبار المعملي**: (غير وارد).

٤ ـ **المراقبة الاجتماعية**: (غير وارد).

* قبرص

القانون: قانون العقاقير المخدرة والمواد المنشطة لسنة ١٩٧٧.

١ ـ **التبليغ**: يجوز لمجلس الوزراء (بموجب لائحة تنظيمية) أن يقضي بالزام أي طبيب ممارس يعالج شخصاً يعتبره أو لديه أسباب للإشتباه في أنه «مدمن على عقاقير مخدرة» مهما كان نوعها، بأن يزود السلطات المختصة بالتفاصيل المتعلقة بهذا الشخص حسبما يقرره المجلس.

٢ ـ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ـ **الاختبار المعملي**: (غير وارد).

٤ ـ **المراقبة الاجتماعية**: (غير وارد).

* فنلندا

القانون: القانون رقم ٩٦ في ٧ فبراير ١٩٦١ بشأن علاج الأشخاص الذين يسيئون استعمال المسكرات.

١ ـ **التبليغ**: يجب على الشرطة أو السلطات العسكرية التبليغ بدون أبطاء عن أي شخص يعثر عليه مخموراً إلى مجلس الرعاية الاجتماعية في المنطقة التي يقيم بها الشخص.
كما يجب على الأطباء الممارسين تزويد مجلس الرعاية الاجتماعية بكافة المعلومات الخاصة بأي مريض يجوز أن يكون سائقاً مخموراً وذلك حتى يعطي لهذا الشخص العلاج اللازم.

٢ ـ **التسجيل**: انظر الفقرة ١ أعلاه.

٣ ـ **الاختبار المعملي**: (غير وارد).

٤ ـ **المراقبة الاجتماعية**: يصدر مجلس الرعاية الاجتماعية أمراً بوضع الشخص

الذي يحتاج إلى العلاج تحت المراقبة كما أنه يكفل الفترات والطرق المناسبة للمراقبة. ويجب تقديم أقصى مساعدة ممكنة للشخص المحتاج للعلاج الموضوع تحت المراقبة حيثما لزم الأمر.

وعلى الشخص الذي يوضع تحت المراقبة:

أ ـ أن يخضع ـ حيثما اقتضت الضرورة ـ للفحص الطبي والعلاج.

ب ـ أن يحضر في أوقات معينة أو عندما يتم استدعاؤه أمام موظف الرعاية الاجتماعية أو المرجع أو المراقب الذي يعينه مجلس الرعاية الاجتماعية وذلك لتقديم المعلومات اللازمة لأغراض الراقبة.

جـ ـ أن يتقيد بالتعليمات المعطاة له فيما يتعلق بمحل اقامته أو مسكنه.

ويجب ترتيب المراقبة بحيث لا تؤدي إلى مشقة أو ازعاج بلا داعي للشخص المعني.

* فرنسا

القانون: القانون رقم ٧٠/١٣٢٠ في ٣١ ديسمبر ١٩٧٠ في شأن التدابير الصحية للسيطرة على التعويل على المخدرات ومكافحة التهريب والإستعمال غير المشروع للمخدرات.

١ ـ **التبليغ:** يجب على النائب العام أن يبلغ السلطة الصحية المختصة عندما يصدر أمراً بناء على المادة في ١/٦٢٨ من قانون الصحة العامة، إلى شخص يتعاطى مخدرات محظورة بأن يخضع لعلاج الإدمان أو يوضع تحت الملاحظة الطبية.

٢ ـ **التسجيل:** (غير وارد).

٣ ـ **الاختبار المعملي:** (غير وارد).

٤ ـ **المراقبة الاجتماعية:** يجب أن يوضع تحت مراقبة السلطة الصحية كل شخص يتعاطي المخدرات بصورة غير مشروعة.

ملاحظة: (أ) أحكام خاصة تطبق على الأشخاص الذين يبلغ عنهم بواسطة النائب العام: يجوز للنائب العام أن يصدر أمراً للشخص الذي يتعاطى المخدرات بصورة غير مشروعة بأن يخضع لعلاج الادمان أو يوضع تحت الملاحظة الطبيّة.

وتجري السلطات الصحية فحصاً طبياً للشخص كما تقوم بالتحريات اللازمة في أسرته وحياته المهنية والاجتماعية. فإذا اعتبرت السلطة الصحية ـ بناء على نتيجة الفحص الطبي ـ أن حالة الشخص لا تستدعي علاجه من الإدمان، فيجب عندئذ أن تأمر هذه السلطة بوضعه للفترة التي تراها لازمة تحت الملاحظة الطبية سواء بواسطة طبيب يختاره شخصياً، أو عيادة الصحة العامة، أو مؤسسة صحية معتمدة عامة أو خاصة. ويجب أن تتابع السلطة الصحية تقديم العلاج وتبلغ مكتب النائب العام على فترات منتظمة بموقف الشخص طبياً واجتماعياً.

(ب) أحكام خاصة تطبق على الأشخاص الذين يبلغ عنهم بواسطة الخدمات الصحية والاجتماعية:

يجوز أن تحال إلى السلطات الصحية حالة شخص يتعاطى المخدرات بصورة غير مشروعة سواء تمّت الاحالة عن طريق شهادة طبيب ممارس أو تقرير من الاخصائي الاجتماعي. ويجب على السلطة الصحية أن تتخذ الترتيبات اللازمة لاجراء الفحص الطبي على هذا الشخص واجراء التحريات في أسرته وحياته المهنية والاجتماعية.

فإذا ظهر من الفحص الطبي أن حالة الشخص لا تستدعي علاجه من الإدمان، يجب عندئذ أن تأمر هذه السلطة بوضعه للفترة التي تراها لازمة تحت الملاحظة الطبية سواء بواسطة طبيب يختاره شخصياً أو عيادة الصحة العامة أو مؤسسة صحية معتمدة عامة أو خاصة.

(جـ) أحكام خاصة تطبق على الأشخاص الذين يتقدمون للعلاج بموافقتهم في المؤسسات العلاجية أو الوقائية: لا يخضع للأحكام المذكورة أعلاه هؤلاء الأشخاص المعولون على المخدرات الذي يتقدمون بموافقتهم إلى العيادات أو المستشفيات لأغراض العلاج. وبناء على طلبهم الخاص، يجوز حفظ هوياتهم سراً وقت قبولهم للعلاج. ولا يكشف النقاب عن هويتهم إلا لأسباب أخرى خلاف الإنقطاع عن تعاطي المخدرات غير المشروعة. ويجوز للأشخاص الذين تلقوا غلاجاً وفقاً للشروط المنصوص عليها في الفقرة السابقة أن يطلبوا من

الطبيب الممارس الذي عالجهم شهادة شخصية يحدد فيها فترة (فترات)، ومدة، وغرض العلاج.

* هونج كونج

القانون: قانون المخدرات الخطرة (المعدّل) لسنة ١٩٨١، وقانون مراكز علاج مدمني المخدرات (الفصل ٢٤٤).

١ ــ **التبليغ**: يجب على جهات التبليغ التي حددها القانون (أي المستشفيات والعيادات والوكالات الطوعية الخ... التي تقدم خدمات لمدمني المخدرات) أن تكشف عن بعض المعلومات السرية التي ورد تعريف لها بأنها «المعلومات التي يتم تسجيلها في السجل المركزي المنوه عنه أدناه، أو لدى وكالات التبليغ فيما يتعلق بأي شخص وما له صلة بواحد أو أكثر من الأمور التالية:

أ ــ تعاطي مخدرات خطرة بواسطة هذا الشخص أو زعم بأنه يتعاطاها.

ب ــ إدانة هذا الشخص في جريمة بموجب قانون المخدرات الخطرة.

جـ ــ رعاية أو علاج أو تأهيل هذا الشخص بسبب تعاطيه مخدرات خطرة.

وتعني «مدمن المخدرات» هنا كل شخص يكون موضوعاً لأي معلومات سرية.

٢ ــ **التسجيل**: (غير وارد). لكنه يوجد «سجل مركزي لمدمني المخدرات» تشتمل أهدافه على الآتي:

أ ــ تجميع وترتيب وتحليل المعلومات السرية التي تزوده بها جهات التبليغ وكذا معلومات عن ادمان المخدرات وعلاجه التي تزوده بها جهات التبليغ وكذا معلومات عن ادمان المخدرات وعلاجه التي تزوده بها المصادر الأخرى.

ب ــ نشر المعلومات الاحصائية عن ادمان المخدرات ومختلف أشكال علاج الادمان.

٣ ــ **الاختبار المعملي**: (غير وارد) ولكن انظر الفقرة ٤ أدناه.

٤ ــ **المراقبة الاجتماعية**: يجوز لمفوض (رئيس لجنة) المخدرات أن يأمر بأن يوضع

شخص افرج عنه من مركز العـلاج تحت المراقبـة لمدة ١٢ شهـراً من تاريـخ الإفراج، وأن تتم المراقبة بواسطة المنظمة أو الشخص الذي يحدده المفوض. وأثنـاء فترة المـراقبة، يجب عـلى الشخص أن يتقيد بـأي تـطلبـات يحـددهـا المفوض (مثل الفحص الطبي). ويجوز للمفوض تغيير أو الغـاء أمر المـراقبة في أي وقت. وإذا تبين أن شخصاً صدر بحقه أمر مراقبة ساري المفعـول قد عاد إلى ادمان أي مخدرات خطرة أو لم يلتزم بشروط هـذا الأمر، فـإنه يجـوز استصدار أمر اعتقال آخر من القـاضي بناء عـلى طلب المفوض أو من ينـوب عنه. وإذا اقتنع القاضي بأن شخصاً محجوزاً في مركز عـلاجي يمارس تـأثيراً سيئا على غيره من الأشخاص المحجوزين، فإنه يجوز للقاضي أن يصدر أمراً (رهنا بشروط معينة) بتحويله إلى السجن.

* أندونيسيا

القانون: القانون رقم ٩ لسنة ١٩٧٦ في شأن المخدرات.

١ ـ **التبليغ**: يقتضي من الأبوين أو أوليـاء أمور مـدمني المخدرات من الأحـداث تحت سن الـرشد التبليـغ عنهم إلى المختص المعين من قبـل وزارة الصحـة، واحضـارهم إلى المستشـفى أو إلى أقـرب طبيب ممـارس لتلقي التـطبيب والتمـريض اللازمـين. ويتم التطبيب والتمـريض في مؤسسات التـأهيـل. ويحدّد الرئيس ما يتعلق بانشاء وتنظيم ومهـام مؤسسات التـأهيل وفـروعها. والمشاركة مطلوبة من جانب الوكـالات الاجتماعيـة الأهلية والحكوميـة على السواء.

٢ ـ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ـ **الاختبار المعملي**: (غير وارد).

٤ ـ **المراقبة الاجتماعية**: (غير وارد).

* اليابان

القـانون: قـانون مكـافحة المخـدرات (القـانـون رقم ١٤ في ١٧ مـارس ١٩٥٣) وتعديلاته.

١ ـ التبليغ: يتم تقديم التقارير الرسمية كالآتي:

أ ــ الطبيب الممارس: إذا أظهر التشخيص بناء على الفحص الطبي أن المفحوص طبياً مدمن مخدرات، يجب على الممارس أن يبلغ عن الإسم والعنوان والعمر والجنس وغيرها من الأمور المتعلقة بهذا الشخص إلى محافظ العاصمة أو هوكايدو أو الأقاليم الأخرى أيهم يقع محل اقامة هذا الشخص في دائرة اختصاصه، بأقصى سرعة ممكنة. وعند استلام تلك المعلومات يتولى محافظ العاصمة أو هوكايدو أو الأقاليم الأخرى إبلاغ وزير الصحة والرعاية الاجتماعية.

ب ــ مسئول مكافحة المخدرات، الموظف المحلي لمكافحة المخدرات، مسئول بالشرطة، أو مسئول السلامة البحرية: إذا صادف أحدهم أي مدمن مخدرات أو أي شخص يشتبه بأنه مدمن مخدرات، فيجب عليه تبليغ اسم وعنوان وسن وجنس هذا الشخص، وأسباب اعتباره أو الإشتباه في أنه مدمن مخدرات إلى محافظ العاصمة أو هوكايدو أو الأقاليم الأخرى أيهم يقع محل اقامة هذا الشخص في دائرة اختصاصه، بأقصى سرعة ممكنة.

جـ ــ النائب العام: حيثما مثل أمامه شخص مدمن مخدرات أو يشتبه بأنه مدمن مخدرات (باستثناء الأحكام التي تصدر بالسجن أو الإعتقال أو الحبس بدون وقف التنفيذ والمراقبة) فيجب عليه تبليغ اسم وعنوان وسن وجنس هذا الشخص إلى محافظ العاصمة أو هوكايدو أو الأقاليم الأخرى أيهم يقع محل إقامة هذا الشخص في دائرة اختصاصه.

د ــ مدير إحدى المؤسسات العقابية (سجن، اصلاحية، مدرسة تدريب، دور حجز ورعاية الأحداث، دور ارشاد النساء)؛ إذا أفرج عن شخص محتجز مدمن مخدرات أو يشتبه بأنه مدمن مخدرات، فيجب عليه تبليغ اسم، ومحل العودة، وسن وجنس مثل هذا الشخص، وتاريخ الإفراج، واسم وعنوان الوصي على هذا الشخص، وأسباب اعتباره أو الاشتباه في أنه مدمن مخدرات إلى محافظ العاصمة أو هوكايدو أو الأقاليم الأخرى أيهم يقع محل عودة هذا الشخص في

دائرة اختصاصه (مع ذكر عنوان المؤسسة العقابية المعنية إن لم يكن لهذا الشخص محل اقامة أو كان محل عودته مجهولاً).

٢ ـ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ـ **الاختبار المعملي**: يجوز لمحافظ العاصمة أو هوكايدو أو الأقاليم الأخرى ـ في الحالات التي يرى ضرورتها فيما يتعلق بمدمن مخدرات أو شخص يشتبه في أنه مدمن مخدرات ـ أن يصدر أمراً باجراء فحص طبي (اختبار البول) لمثل هذا الشخص.

٤ ـ **المراقبة الاجتماعية**: (غير وارد).

* إيطاليا

القانون: القانون رقم ٦٨٥ في ٢٢ ديسمبر ١٩٧٥ بشأن مكافحة العقاقير المخدرة والمواد المنشطة، والوقاية وعلاج التعويل على هذه العقاقير أو المواد، وتأهيل الأشخاص المعولين عليها.

١ ـ **التبليغ**: على أي طبيب ممارس يعالج أو يساعد شخصاً يستعمل العقاقير المخدرة أو المواد المنشطة لأغراض شخصية غير علاجية أن يبلغ هذه الواقعة إلى أحد المراكز (بالمستشفيات، والعيادات، والمراكز الطبية أو الاجتماعية) التي أنشئت لرعاية وتأهيل الأشخاص الذين يتعاطون عقاقير مخدرة. وقبل التبليغ، يجب على الطبيب الممارس أن يسأل الشخص المعني إن كان في نيته أن يتلقى علاجاً سواء مع الاحتفاظ بهويته سراً أم غير ذلك. وفي حالة عدم تلقي الشخص علاجاً باختياره، أو انقطاعه عن دورة العلاج، فإنه يتعين على الطبيب ابلاغ هذه الواقعة إلى أقرب مركز.

وكذلك يجب على الشرطة ابلاغ أقرب المراكز المذكورة أعلاه بالإضافة إلى القاضي المحلي في جميع الحالات التي يصادفهم فيها أشخاص يتعاطون عقاقير مخدرة أو مواد منشطة لأغراض غير علاجية.

وعلى الشرطة أن تصطحب إلى اقرب مركز أي شخص يعثر عليه في حالة إدمان حاد تفترض أنه ناتج عن استعماله عقاقير مخدرة أو مواد منشطة.

٢ ـ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ــ **الإختبار المعملي**: (غير وارد).
٤ ــ **المراقبة الاجتماعية**: (غير وارد).

* ماليزيا

القانون: قانون العقاقير الخطرة (رقم ٢٣٤ لسنة ١٩٥٢) (تم تنقيحه سنة ١٩٨٠)

١ ــ **التبليغ**: على أي طبيب ممارس مسجل تبليغ وزارة الخدمات الاجتماعية عن الأشخاص الذين يتولى علاجهم أو تأهيلهم باعتبارهم معولين على المخدرات.
٢ ــ **التسجيل**: (غير وارد).
٣ ــ **الاختبار المعملي**: (غير وارد) ولكن يجوز لأي موظف بالرعاية الاجتماعية أو أي ضابط شرطة ولا تقل رتبته عن رقيب أو أي ضابط مناوب مسئول في مخفر الشرطة أن يضع تحت التحفظ أي شخص يشتبه بصورة معقولة بأنه معول على المخدرات، وعليه احضار هذا الشخص أمام القاضي خلال ٢٤ ساعة. فإن توفرت للقاضي الأسباب إلى الاعتقاد بأن الشخص الذي مثل أمامه معول على المخدرات، يجوز له أن يأمر بحجز هذا الشخص وفحصه طبياً ووضعه تحت ملاحظة المسئول الطبي في مركز حجز المدمنين.
٤ ــ **المراقبة الاجتماعية**: يوضع المعوّل على المخدرات المحجوز في مركز التأهيل عقب الإفراج عنه من هذا المركز تحت الرعاية اللاحقة بواسطة مسئول الرعاية الاجتماعية أو أي شخص آخر تحدده لجنة التأهيل بناء على مشورة مسئول الرعاية الاجتماعية وذلك لمدة سنتين.
ويجب على أي شخص وضع تحت العناية اللاحقة بعد الإفراج عنه من مركز التأهيل أن يتقيد طوال فترة وجوده تحت المراقبة بالشروط التي حددها أمر العناية اللاحقة الصادر عن مجلس الزائرين في مركز التأهيل.

* المكسيك

القانون: لوائح ٢٣ يوليو ١٩٧٦ في شأن العقاقير المخدرة والمواد المنشطة.

١ ــ **التبليغ**: على أفراد الهيئة الطبية المؤهلين ممن يعالجون حالات ادمان المخدرات ابلاغ مثل هذه الحالات إلى أقرب مكتب لوزارة الصحة والرعاية الإجتماعية خلال ثمانية أيام من تاريخ مصادفتهم لهذه الحالة، ويرفقون معه تشخيصهم للحالة ورأيهم في مدى الحاجة إلى تدخل الوزارة.

٢ ــ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ــ **الاختبار المعملي**: (غير وارد).

٤ ــ **المراقبة الاجتماعية**: (غير وارد).

* النرويج

(أ) القانون رقم ٤٢ في ٨ يونيو ١٩٧٩ لتعديل القانون رقم ٧ في ١٢ ديسمبر ١٩٥٨ بشأن السجون:

١ ــ **التبليغ**: (غير وارد).

٢ ــ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ــ **الاختبار المعملي**: يخول مدير السجون الأمر باجراء اختبارات البول، واختبارت التنفس، وغير ذلك من الفحوصات التي يمكن اجراؤها بدون خطورة أو ازعاج شديد بغرض اكتشاف ما إذا كان سجين قد تعاطي مادة مخدرة أو منشطة. ويجوز كذلك اجراء بحث ذاتي إذا ما اشتبه بأنه السجين يخبيء مثل هذه المادة في جسده (ولا يجوز اجراء مثل هذا البحث إلا بمعرفة أفراد الهيئة الصحية).

٤ ــ **المراقبة الاجتماعية**: (غير وارد).

(ب) قانون سنة ١٩٣٢ بشأن «لجان الامتناع عن المسكرات» وتعديلاته.

١ ــ **التبليغ**: (ورد كاملاً في باب الحجز المدني الاجباري).

٢ ــ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ــ **الاختبار المعملي**: (غير وارد).

٤ ــ **المراقبة الاجتماعية**: تجري «لجنة الامتناع عن المسكرات» بدون ابطاء تحريات عن حالة الأشخاص الذين يقيمون أو يعيشون في المنطقة

ويشكلون ـ بسبب تعاطيهم المشروبات الكحولية أو أي مواد مخدرة أو مهدئة أخرى ـ خطراً ظاهراً على أنفسهم وعلى ما يحيط بهم. ويجوز للجنة كذلك أن تتخذ بمبادرة منها كافة الإجراءات اللازمة ضد هؤلاء الأشخاص.

* باكستان

القانون: قانون المخدرات لسنة ١٩٥٧ (قواعد بشأن الأفيون لسنة ١٩٥٧).

١ ـ **التبليغ**: (غير وارد).

٢ ـ **التسجيل**: تسجيل مدمني الأفيون.

يجوز لأي شخص تقل سنه عن ٢٥ عاماً يدمن الأفيون أن يتقدم بطلب إلى «مراقب الضرائب» لتسجيله كمدمن بعد اجراء الكشف الطبي بمعرفة كبير الأطباء في العاصمة كراتشي الذي يجب عليه أن يذكر عدد الوحدات في الشهر التي يوصى بها لإستهلاك المدمن شهرياً على أن يذكر ذلك في المكان المخصص لهذا الغرض في النموذج الرسمي.

وعلى مراقب الضرائب ـ فور استلام مثل هذا الطلب ـ أن يدون التفاصيل في السجل ويصدر بطاقة أفيون صالحة حتى نهاية السنة المالية.

ويجب أن تحمل بطاقة حصة الأفيون صورة شخصية وتوقيع وبصمة إبهام المدمن ومصدقاً عليها من مراقب الضرائب. ويمكن للمدمن المسجل بعد ذلك تسجيل بطاقة حصة الأفيون لدى أي بائع أفيون معتمد في العاصمة الاتحادية وشراء الأفيون من هذا البائع خلال ذلك العام المالي.

ويجوز تسجيل بطاقة الحصة على بائع آخر معتمد شريطة الحصول على إذن كتابي مسبق من مراقب الضرائب.

وإذا أراد المدمن تحويل بطاقة حصة من الأفيون من محل مرخص إلى آخر لأي سبب، فيجب أن يتم التحويل ـ إذا اعتبر مقبولاً ـ بأمر من مراقب الضرائب. وإذا لم يتوفر الأفيون في المحل المرخص المسجل عليه بطاقة حصة الأفيون الخاصة بمدمن، يجوز لهذا المدمن بعد الحصول على إذن مسبق من مراقب

الضرائب، أن يشتري حصة الأفيون من أقرب محل بديل يتوفر فيه الأفيون إلى أن يصبح مرة أخرى متوفراً لدى المحل المسجل عليه بطاقة حصة الأفيون فعلياً.

وإذا حضر مدمن الأفيون في زيارة للعاصمة الاتحادية من خارجها ورغب في الحصول على أفيون لإستعماله الشخصي، يجوز له في أي وقت أثناء تواجده في العاصمة الاتحادية أن يتقدم بطلب الموافقة على منحة «شهادة مدمن». ويجب ذكر فترة صلاحية هذه الشهادة بالحبر الأحمر في بطاقة حصة الأفيون. وعند انتهاء مدة الصلاحية، يجوز للمدمن إما تجديدها لفترة أخرى لمدة بقائه في العاصمة الإتحادية، أو تسليمها إلى مراقب الضرائب.

٣ ــ **الاختبار المعملي**: (غير وارد).

٤ ــ **المراقبة الاجتماعية**: (غير وارد).

* الفلبين

القانون: قانون العقاقير الخطرة في ٣٠ مارس ١٩٧٢.

ملاحظة: (وردت نصوص كاملة في فصل «التحويل إلى العلاج من نظام القضاء الجنائي»).

* السنغال

القانون: القانون رقم ٨١/٧٥ في ٩ يوليو ١٩٧٥ لإلغاء وتعديل المادة ٨ من القانون رقم ٢٤/٧٢ في ١٩ أبريل ١٩٧٢ في شأن منع المخالفات في مجال المخدرات.

١ ــ **التبليغ**: على أي طبيب ممارس يصبح على قناعة ـ أثناء اجراء التشخيص أو تقديم العلاج ـ بأن شخصاً يتعاطى المخدرات بصورة غير مشروعة، أن يبلغ هذه الواقعة إلى كبير الأطباء في المنطقة.

٢ ــ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ــ **الاختبار المعملي**: (غير وارد) ولكن حيثما تم ابلاغ كبير أطباء المنطقة بحالة شخص مدمن مخدرات سواء عن طريق شهادة طبيب ممارس، أو تقرير من الحاكم الإقليمي، أو قائد الشرطة، عليه اتخاذ الترتيبات اللازمة لإجراء

الفحص الطبي للشخص المعني بمعرفة ثلاث أطباء ممارسين على الأقل، وعليه كذلك اجراء التحريات في الحياة الأسرية والهيئة الاجتماعية لهذا الشخص.

٤ ــ **المراقبة الاجتماعية**: إذا ظهر بناء على الفحص الطبي أن حالة الشخص المعني تتطلب وضعه تحت المراقبة الطبية، فيجب على كبير الأطباء في المنطقة أن يأمر باخضاعه للمراقبة الطبية سواء كان ذلك بواسطة طبيب ممارس أو مؤسسة للرعاية تابعة لوزارة الصحة العامة.

ولا يخضع للأحكام الواردة أعلاه الأشخاص المعولون على المخدرات الذين يحضرون باختيارهم إلى مؤسسة للرعاية تابعة لوزارة الصحة العامة بغرض تلقي العلاج.

وبناء على طلب كتابي، يجوز إبقاء هوية الأشخاص المعولين على المخدرات سراً عند ادخالهم للعلاج. ولا تطرح جانباً رغبتهم في البقاء مجهولين إلا لأسباب أخرى خلاف منع استعمال المخدرات غير المشروعة.

* سنغافورة

القانون: قانون إساءة استعمال المخدرات (القانون رقم ٥ في ١٦ مارس ١٩٧٣) وتعديلاته، في شأن مكافحة العقاقير المخدرة والضارة، والأغراض المتعلقة بذلك.

١ ــ **التبليغ**: على الطبيب الممارس الذي يعالج شخصاً يعتبره، أو لديه أسباب معقولة للإشتباه في أنه، مدمن مخدرات، أن يبلغ في غضون سبعة أيام من اطلاعه على الحالة، المعلومات التالية إلى كل من مدير الخدمات الطبية ومدير المكتب المركزي للمخدرات:

(أ) الإسم، (ب) رقم بطاقة الهوية، (جـ) العمر، (د) العنوان، (هـ) العقار المخدر الذي يعتقد أن الشخص مدمن عليه.

٢ ــ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ــ **الاختبار المعملي**: يجوز لمدير المكتب المركزي للمخدرات أن يطلب أجراء الفحص الطبي على أي شخص يشتبه بصورة معقولة أنه مدمن مخدرات أو

وضعه تحت الملاحظة الطبية سواء بمعرفة طبيب حكومي أو طبيب ممارس آخر.

ويجوز لأي موظف بالمكتب المركزي للمخدرات أو ضابط هجرة أو ضابط شرطة ولا تقل رتبته عن رقيب - إذا اشتبه بصورة معقولة بأن شخصاً قد دخّن أو أعطى لنفسه أو تناول بأي طريقة أخرى مخدراً محظوراً (يشكل هذا الفعل جريمة بمقتضى قانون إساءة استعمال العقاقير المخدرة) أن يطلب من هذا الشخص تقديم عينة من بوله لإجراء اختبار البول.

ويعتبر الشخص الذي لا يقدم عينة البول خلال الفترة التي يحددها له أي من المسئولين المذكورين أعلاه بدون عذر مقبول، متهماً في جريمة.

ويجوز لأي شخص طلب منه تقديم عينة من بوله لإجراء اختبار البول أن يتقدم بطلب بالطريقة المحددة رسمياً لاجراء اختبار ثان لعينة البول المحفوظ لهذا الغرض. فإذا تبين نتيجة للإختبار الثاني أنه لا وجود لآثار مخدر محظور في عينة البول، يجب الإفراج عنه فوراً من أي مؤسسة معتمدة يكون محجوزاً بها.

٤ - **المراقبة الاجتماعية**: (غير وارد).

* الصومال

القانون: القانون رقم ٤٦ في ٣ مارس ١٩٧٠ بشأن انتاج وتجارة وتعاطي العقاقير المخدرة.

١ - **التبليغ**: على الطبيب الممارس الذي يعالج أو يفحص شخصاً يعاني من ادمان مزمن ناجم عن العقاقير المخدرة، أن يبلغ الحالة خلال ٤٨ ساعة إلى الشرطة أو المكتب المركزي للمخدرات.

ويتعرض كل من يخالف هذه الأحكام للغرامة، وفي حالة العودة للمخالفة ثانية أو بعد ذلك، فإنه يكون عرضة للسجن لمدة لا تزيد على سنة ووقفه عن مزاولة المهنة لمدة تعادل العقوبة المحكوم بها ابتداء من تاريخ الإفراج عنه من السجن.

ويجب على سلطات الشرطة والمدراء الاقليميون وأفراد الهيئة الطبية المحليون إبلاغ المكتب المركزي للمخدرات فوراً بكافة حالات ادمان المخدرات التي تصادفهم.

٢ ــ **التسجيل** : (غير وارد).
٣ ــ **الاختبار المعملي** : (غير وارد).
٤ ــ **المراقبة الاجتماعية** : (غير وارد).

* السويد

القانون : قانون الأول من يناير ١٩٨٢ في شأن رعاية مدمني المسكرات والمخدرات

١ ــ **التبليغ** : يجب على السلطات العامة التي تقتضي واجباتها ضرورة اتصالها بانتظام بمدمني الكحوليات والمخدرات إبلاغ الإدارة المحلية (في المحافظة) إذا نمى إلى علمها أن شخصاً يفترض أنه بحاجة إلى الرعاية بموجب هذا القانون. إلا أن ذلك لا ينطبق على السلطات الصحية والطبية إلا فيما ذكر أدناه.
ويجب على الطبيب الممارس الذي تجعله أعماله ونشاطاته على اتصال بشخص مخمور أو مدمن مخدرات يفترض أنه بحاجة إلى الرعاية، أن يبلغ الإدارة المحلية (في المحافظة) مالم يكن هذا الشخص قد تلقى الرعاية الكافية التي يحتاجها سواء بواسطة الطبيب الممارس أو عن طريق الخدمات الطبية.
ويجب على السلطات العامة المشار إليها أعلاه تزويد الإدارة المحلية (في المحافظة) بكافة التفاصيل التي يمكن أن تناسب أي تحريات بموجب هذا القانون.

٢ ــ **التسجيل** : (غير وارد).
٣ ــ **الاختبار المعملي** : (غير وارد).
٤ ــ **المراقبة الاجتماعية** : (غير وارد).

* سويسرا
(القانون الإتحادي)

القانون : القانون الإتحادي المؤرخ في ١٨ يوليو ١٩٦٨ بشأن مكافحة والسيطرة على ادمان المسكرات.

١ ــ **التبليغ** : (غير وارد).

٢ ــ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ــ **الاختبار المعملي**: (غير وارد).

٤ ــ **المراقبة الاجتماعية**: تكون اللجنة الخاصة المعروفة باسم «لجنة مراقبة مدمني المسكرات المحكومين» مسئولة عن مراقبة الأشخاص المحجوزين للعلاج بقرار من المحكمة الجنائية في المؤسسات الخاصة بمدمني المسكرات أو في المستشفيات. وتخول هذه اللجنة صلاحية:

أ ــ إصدار أمر الإفراج عن شخص بمجرد اعتباره قد شفى.

ب ــ إصدار أمر بالإفراج المشروط ووضع الشخص تحت المراقبة.

جـ ــ إصدار أمر ـ حيثما دعت الضرورة ـ باعادة ادخال شخص إلى المؤسسة أو المستشفى. وتنطبق الأحكام المتعلقة بالمراقبة والمذكورة أعلاه على تلك الحالات، ويجوز تحديد مدة المراقبة حتى ثلاث سنوات.

* سويسرا
(سانت جالين)

القانون: قانون ١٨ يونيو ١٩٦٨ بشأن مكافحة والسيطرة على ادمان المسكرات.

١ ــ **التبليغ**: يحق لكل فرد أن يبلغ عن حالات ادمان الخمر إلى مركز الرعاية الاجتماعية أو سلطات الأمن. وتخضع الجهات الرسمية والأشخاص الذين يتولون مناصب رسمية وموظفي الدولة لنفس هذا الإلتزام باعتباره جزءاً من واجباتهم.

٢ ــ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ــ **الاختبار المعملي**: (غير وارد).

٤ ــ **المراقبة الاجتماعية**: (غير وارد).

* تونس

القانون: القانون رقم ٦٩ ـ ٥٤ في ٢٦ يوليو ١٩٦٩ في شأن اللائحة الخاصة بالمخدرات.

١ ــ **التبليغ**: يجب على وزارة الدولة للصحة العامة أن تبلغ المكتب الوطني

للمخدرات بكافة حالات التذاكر الطبية أو تعاطي المخدرات مما يعتبر في رأيهم دليلاً على الإدمان. ويجب على الأطباء الممارسين إخطار المكتب بخصوص حالات التعويل على المخدرات التي يكتشفونها خلال مزاولة مهنتهم.

ويتولى المكتب ارسال الوثائق والمعلومات المقدمة إليه بموجب النص الوارد أعلاه، اضافة إلى تفاصيل أي حالات أخرى مشتبه فيها للتعويل على المخدرات، إلى «لجنة التعويل على المخدرات» التي تتألف من ثلاثة أطباء يعينهم وزير الدولة للصحة العامة. وقد خولت اللجنة صلاحية الزام أي مدمن مخدرات أن يخضع لعلاج الإدمان في مؤسسة متخصصة وفقا للشروط التي يحددها الأمر الصادر عن وزير الدولة للصحة العامة.

٢ ـ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ـ **الإختبار المعملي**: (غير وارد).

٤ ـ **المراقبة الاجتماعية**: (غير وارد).

إتحاد الجمهوريات السوفيتية الاشتراكية
(جمهورية روسيا السوفيتية الاتحادية الاشتراكية)

القانون: مرسوم بقانون في ٢١ أغسطس ١٩٧٢ للموافقة على نظام بشأن لجنة مكافحة ادمان الخمر.

١ ـ **التبليغ**: (غير وارد).

٢ ـ **التسجيل**: (انظر الفقرة ٤ أدناه).

٣ ـ **الاختبار المعملي**: (غير وارد).

٤ ـ **المراقبة الاجتماعية**: تتولى لجنة مكافحة ادمان المسكرات تحت رعاية مجلس وزراء جمهورية روسيا السوفيتية مسئولية تنسيق وإدارة الأنشطة التي تستهدف مكافحة إدمان المسكرات والكحوليات، والمخالفات التي ترتكب تحت تأثير الخمر، والقضاء على العوامل المسئولة عن تلك الظواهر.

ويجوز للجنة مكافحة ادمان المسكرات أن تنشيء أقساماً تتعامل مع

النـواحي التاليـة : العمل التثقيفي والـدعايـة بهدف خفض استهـلاك الخمـور؛ تسجيـل الأشخاص الـذين يسيئون استعمال الكحـوليـات ويعـانـون من ادمـان مزمن، مراقبة هؤلاء الأشخاص من جانب المجتمع، اجراءات علاجية ووقائية، وتنظيم اجراءات المكافحة لكفالة التزام تعهدات صناعات بيع وخدمات الأغذية باللوائح التنظيمية السارية التي تحكم تجارة المشروبات الـروحية. وكـذلك يجـوز للجنة إنشاء أقسام أخرى خلاف ما ذكر.

* المملكة المتحدة
(إنجلترا وويلز)

القانون : قانون إساءة استعمال العقاقير المخدرة لسنة ١٩٧١.

١ ـ **التبليغ :** يجوز لوزير الـدولة بمـوجب أحكام هـذا القانـون أن يصدر لـوائح تنظيمية تُصـاغ نصوصهـا بالصـورة التي يراهـا ضرورية أو لازمـة لمنع سـوء استعمال المخدرات المحظورة.

ويجوز في اللوائح التنـظيمية الصـادرة بناء عـلى هذا القـانون النص عـلى أنه يقتضي من أي طبيب يعالج شخصاً يعتبره، أو لديه أسباب معقولة للإشتبـاه في أنه، مدمن مخـدرات (في إطار المعنى الـوارد في اللوائح) أن يـزود السلطة المعنية بالتفاصيل المتعلقة بمثل هذا الشخص حسبما يكون مطلوباً.

٢ ـ **التسجيل :** (غير وارد).

٣ ـ **الاختبار المعملي :** (غير وارد).

٤ ـ **المراقبة الاجتماعية :** (غير وارد).

* الولايات المتحدة الأمريكية
(ولاية ماساشوستس)

القانون : المادة ١٢ من الفصل ١١١ ح من القوانين العامة : قانون تـأهيل مدمني المخدرات في ٢٤ ديسمبر ١٩٨١.

١ ـ **التبليغ :** (غير وارد).

٢ ــ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ــ **الاختبار المعملي**: فيما يلي النص الكامل للمادة ١٢ من هذا القانون

«ويجوز لأي محكمة ـ عند تعليق عقوبة مدعى عليه ثابت أنه شخص معول على المخدرات يرجى استفادته من العلاج ـ أن تفرض شرطاً لوقف التنفيذ أن يتلقى المدعى عليه علاجاً في مرفق سواء كان علاجا داخليا أو خارجيا، ولكن شريطة ألا تفرض المحكمة هذا الشرط لوقف تنفيذ العقوبة إلا بعد استشارة المرفق بحيث تقرر أن العلاج الكافي والمناسب متوفر به. ويتلقى المدعى عليه العلاج بهذا المرفق طالما ارتأى مسئول المرفق أن المدعى عليه يفيد من العلاج، ولكنه على أي الحالات لن يتلقى علاجاً في المرفق لمدة أطول من مدة المراقبة التي أمرت بها المحكمة ويمكن استعمال برنامج دوري لتحليل البول كشرط لتعليق العقوبة لتحديد حالة الشخص الذي علقت عقوبته ووضع تحت المراقبة فيما يتعلق بخلوه من أثر المخدرات. وتتحمل حكومة الولاية تكلفة تنفيذ مثل هذا البرنامج.

وإذا أبدى المدعي عليه في أي وقت أثناء فترة العلاج عدم تعاونه مع مسئول المرفق أو ضابط المراقبة، أو لم يلتزم بالسلوك الذي يتفق مع أمر وشروط وقف تنفيذ العقوبة، يجوز لمسئول المرفق أو ضابط المراقبة تقديم تقرير بذلك إلى المحكمة التي أمرت بوضعه تحت المراقبة، والتي يجوز لها اعتبار مثل هذا السلوك انتهاكاً ومخالفة لشروط تعليق العقوبة.

وعلى مسئول المرفق أن يقدم طوال مدة المراقبة في المرفق تقريراً مكتوباً كل ثلاثة شهور إلى ضابط مراقبة سلوك المدعى عليه بشأن التقدم الذي يحرزه المدعى عليه في العلاج».

٤ ــ **المراقبة الاجتماعية**: (انظر الفقرة ٣ أعلاه).

* زامبيا

القانون: قانون العقاقير الخطرة لسنة ١٩٦٧.

١ ــ **التبليغ**: على أي طبيب يرى أنه من الضروري لغرض قيامه بعلاج أي

مريض، أن يصف له عقاراً أو مستحضراً مؤدياً إلى التعويل لمدة تزيد على أربعة شهور، أن يبلغ هذه الحالة إلى السكرتارية الدائمة.

(ورد تعريف «السكرتارية الدائمة» بأنها السكرتارية الدائمة المسئولة عن تسيير الشئون الإدارية التابعة للحكومة والقائمة حالياً على تنفيذ قانون العقاقير الخطرة لسنة ١٩٦٧).

وباستثناء ما ورد بشأنه نص يخالف ذلك، فلا يجوز لأي طبيب ممارس أن يزود أو يعطي أو يصف لأي شخص عقارا أو مستحضراً فقط لغرض الإدمان.

وعلى الطبيب الممارس الذي يرى أنه من الضروري لعلاج أو رعاية مريض مدمن على المخدرات وينبغي أن يتلقى جرعات معينة من الخمور أو المستحضر، أن يبلغ هذه الحالة إلى السكرتارية الدائمة.

٢ ـ **التسجيل**: (غير وارد).

٣ ـ **الاختبار المعملي**: (غير وارد).

٤ ـ **المراقبة الاجتماعية**: (غير وارد).

* * *

ملحق (٣)
ببليوجرافيا مختارة

WHO publications and documents

Changing patterns of drug dependence in two WHO regions. *WHO Chronicle,* **34:** 413 (1980).

CURRAN, W.J.& HARDING, T.W. *The law and mental health: harmonizing objectives.* Geneva, World Health Organization, 1978.

Drug dependence: WHO's strategies and activities. *WHO Chronicle,* **34:** 71–75 (1980).

EDWARDS, G. ET AL. *Alcohol-related disabilites.* Geneva, World Health Organization, 1977 (WHO Offset Publication, No. 32).

EDWARDS, G. & Arif, A., ed. *Drug problems in the sociocultural context.* Geneva, World Health Organization, 1980 (WHO Public Health Paper, No. 73).

EDWARDS, G. ET AL. Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: a WHO Memorandum. *Bulletin of the World Health Organization,* **59:** 225–242 (1981).

KRAMER, J. & CAMERON, D., ed. *A manual on drug dependence.* Geneva, World Health Organization, 1975.

MOSER, J., ed. *Problems and programmes related to alcohol and drug dependence in 33 countries.* Geneva, World Health Organization, 1974.

MOSER, J. & ROOTMAN, I. *Community response to alcohol-related problems, Phase I, Final report.* Geneva, World Health Organization, 1981.

Treatment of drug addicts: a survey of existing legislation. *International digest of health legislation,* **13:** 4–46 (1962).

WHO Technical Report Series, No. 131, 1957 *(Treatment and care of drug addicts:* report of a Study Group).

WHO Technical Report Series, No. 273. 1964 (*Addiction-producing drugs:* thirteenth report of the WHO Expert Committee).

WHO Technical Report Series, No. 343, 1966 (Fifteenth report of the WHO Expert Committee on Dependence-Producing Drugs).

WHO Technical Report Series, No. 363, 1967 (*Services for the prevention and treatment of dependence on alcohol and other drugs:* fourteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health).

WHO Technical Report Series, No. 618, 1978 (Twenty-first report of the WHO Expert Committee on Drug Dependence).

WHO Technical Report Series, No. 650, 1980 (*Problems related to alcohol consumption:* report of a WHO Expert Committee).

⋆WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Alcohol consumption and alcohol problems: development of national policies and programmes.* Geneva, 1981 (unpublished document).

⋆WORLD HEALTH ORGANIZATION & ADDICTION RESEARCH FOUNDATION. *Report of an ARF/WHO scientific meeting on adverse health and behavioural consequences of cannabis use.* Toronto, 1981.

⋆WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Interregional Workshop on Prevention and Treatment of Drug Dependence, Alexandria, 16–21 October 1978* (unpublished document).

⋆WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR THE EASTERN MEDITERRANEAN. Group Meeting on mental health and mental legislation, Cairo, 12–17 June 1976 (unpublished document).

WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Public health aspects of alcohol and drug dependence: Report on a WHO conference.* Copenhagen, 1979 (EURO Reports and Studies, No. 8).

Other books and articles

ACUERDO SUDAMERICANO SOBRE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICAS, SECRETARIA PERMANENTE. *Legislación vigente en materia de estupefacientes y psicotropicos en los estados partes del*

Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotropicos, Primera parte. Buenos Aires, 1981 (document ASEP/SP/3).

ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, *Alcohol, society and the state,* Toronto, 1981.

Alcohol abuse and the law. *Harvard law review,* **94:** 1660–1712 (1981).

Alcohol control policies in public health perspective. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1975.

Alcohol, drugs and driving. Canberra, Government of Australia Publishing Service, 1976 (Report No. 4).

ASUNI, T. Socio-psychiatric problems of cannabis in Nigeria. *Bulletin on narcotics,* **16** (2): 17–28 (1964).

Australian Royal Commission into Drugs. Canberra, Government Publishing Service, 1980.

BABAÏAN, E. Control of narcotic substances and prevention of addiction in the USSR. *Bulletin on narcotics,* **31** (1): 13–22 (1979).

BABOR, T. ET AL. The early detection and secondary prevention of alcoholism in France. *Journal of studies on alcohol,* **44:** 600–616 (1983).

BASSIOUNI, C. *Internation drug control.* (Working paper, Sixth World Conference on World Peace through Law, Abidjan, Côte d'lvoire, 1973.)

BOGAARD, W. Limits to national penal policies concerning narcotic drugs as set by the international treaties: the Dutch example. *Journal of international law and economics,* **10:** 747–760 (1975).

BROTMAN, R. & SUFFET, F. The concept of prevention and its limitations. *Annals of the American Academy of Political and Social Science,* **417:** 53–65 (1975).

BRYON, C. & CRAWSHAW, P. Law and social policy. In: *Core knowledge in the drug field,* Ottawa, Ministry of Supply and Services, 1978.

CALIFANO. J. A. *Drug abuse and alcoholism in New York. A report to Governor Hugh L. Carey, June 1982.* Albany, NY (unpublished report).

CAMPOS, M. Drug abuse and the law. *Philippine law journal,* **50:** 553–576 (1975).

CERSTEIN, D. & MOORE, M. *Alcohol and public policy: beyond the shadow of prohibition.* Washington, DC, National Academy of Sciences, 1982.

CHATTERJEE, S. The WHO Expert Committe on Drug Dependence. *International and comparative law quarterly,* **28:** 27–51 (1979).

COHRSSEN, J. *Organization of the United Nations to deal with drug abuse,* Washington, DC, The Drug Abuse Council Inc., 1973.

COUNCIL OF EUROPE, EUROPEAN COMMITTEE ON CRIME PROBLEMS. *Penal aspects of drug abuse.* Strasbourg, 1974.

COUNCIL OF EUROPE, EUROPEAN PUBLIC HEALTH COMMITTEE. *Treatment of drug dependence: Final report.* Strasbourg, 1980.

CURRAN, W. J. Comparative analysis of mental health legislation in forty-three countries: A discussion of historical trends. *International journal of law and psychiatry,* **79:** 92 (1978).

CURRAN, W. J. & SHAPIRO, E. D. *Law, medicine and forensic science,* 3rd ed., Boston, MA, Little, Brown & Co., 1982.

DAOUD, F. Drug abuse in Jordan: An exploratory study. *Drug and alcohol dependence,* **6:** 175–185 (1980).

DI GENNARO, G. *Comparative research on the effectiveness of socio-legal preventive and control measures in different countries on the interaction between criminal behaviour and drug abuse: preliminary design of the research.* Rome, United Nations Social Defence Research Institute, 1981 (unpublished document UNSDRI 349).

DILLON, J. Compulsory treatment for heroin addiction: British Columbia opens and closes the doors. *Health law in Canada,* **1:** 1, 14–18 (1980).

DIXON, W. Narcotics legislation and Islam in Egypt. *Bulletin on narcotics,* **24** (4): 11–18 (1972).

GALANTER, M. Improving medical education on alcoholism: A national program. *Currents in alcoholism,* **2:** 225–232 (1977).

GOVERNMENT OF HONG KONG, ACTION COMMITTEE AGAINST NARCOTICS. *Hong Kong narcotics report, 1980: a decade of achievement, 1971–80.* Hong Kong, 1981.

GOVERNMENT OF HONG KONG, CENTRAL REGISTRY OF DRUG ABUSE, NARCOTICS DIVISION, GOVERNMENT SECRETARIAT. *Ninth report, September 1976–December 1981*. Hong Kong, 1982.

GOVERNMENT OF HONG KONG, CENTRAL REGISTRY OF DRUG ABUSE, NARCOTICS DIVISION, GOVERNMENT SECRETARIAT. *Subsequent reporting history of discharges from prisons proper and dates*. Hong Kong, 1982.

GOVERNMENT OF HONG KONG, CENTRAL REGISTRY OF DRUG ABUSE, NARCOTICS DIVISION, GOVERNMENT SECRETARIAT. *Evaluation study on the Alumni Association of the Society for the Aid and Rehabilitation of Drug Abusers (SARDA) 1977–1979*. Hong Kong, 1982.

GOVERNMENT OF HONG KONG, CENTRAL REGISTRY OF DRUG ABUSE, NARCOTICS DIVISION, GOVERNMENT SECRETARIAT. *Study on SARDA Sek Kwan Chau Treatment and Rehabilitation Centre discharges*. Hong Kong, 1982.

GOVERNMENT OF HONG KONG, NARCOTICS DIVISION. *International Working Group on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. Toronto, Canada, 20–24 September 1982: The Hong Kong experience*. Hong Kong, 1982.

GRAD, F. *Alcoholism and the law*. New York, Oceana Publications, 1971.

HARDING. T. & CURRAN, W. Mental health legislation and its relationship to program development: An international review. *Harvard journal on legislation,* **18:** 205–230 (1980).

INSTITUTE OF MEDICINE, NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. *Report of a study. Alcoholism, alcohol abuse, and related problems: opportunities for research*. Washington, DC, 1980 (Publication IOM 80–04).

INSTITUTE OF MEDICINE, NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. *An Inter-American Workshop: Legislative approaches to prevention of alcohol-related problems*. Washington, DC, 1982.

JAYASURIYA, D.C. The regulation of drug abuse in developing countries. *International digest of health legislation,* **31:** 709–750 (1980).

JERI, F. Guidelines for the prevention of drug dependence in Peru. *Revista de la sanidad de las fuerzas policiales,* **42:** 48–67 (1981).

LUKS, A. Forced treatment grows. *Legal issues,* **14:** 12–14 (1982).

MAREK, A. & REDO, S. Drug abuse in Poland. *Bulletin on narcotics.* **30** (1): 43–53 (1978).

MORAWSKI, J. [*Combating alcoholism: a compilation of the most important legal provisions.]* Zbiorwazniejszych Przepisow Pzawnych, Warsaw, 1977.

MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE. *A brief account of drug abuse and counter-measures in Japan.* Tokyo, 1981.

MOSER, J. *Prevention of alchohol-related problems: an international review of preventive measures, policies and programmes,* Toronto, Addiction Research Foundation, 1980.

NARGEOLET, H. & VAILLE, C. Effort to promote European regional coordination of action against drug addiction. *Bulletin on narcotics,* **25** (2): 1–7 (1973).

NEWMAN, R. Planning drug abuse treatment: critical decisions. *Bulletin on narcotics,* **30** (2): 41–48 (1978).

NEWMAN, R. *Methadone treatment in narcotic addiction.* New York, Academic Press, 1977.

NOLL, A. "Drug abuse and its prevention" as seen by the international legal profession. *Bulletin on narcotics,* **27** (1): 37–47 (1975).

NOLL, A. Drug abuse and penal provisions of the international drug control treaties. *Bulleting on narcotics,* **29** (4): 41–57 (1977).

RETTERSTÖL, N. Drug dependency in Norway: use and abuse of dependency-producing drugs, treatment facilities; follow-up studies, prophylactic measures. *Bulletin on narcotics,* **28** (4): 27–44 (1976).

SPENCER, D. *Drug abuse in East Asia.* London, Oxford University Press, 1981.

SMART, R. & MURRAY, G. *Drug abuse and preventive programmes in twenty-three WHO Member Countries.* Toronto, Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, 1981.

SWEDISH NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE, NARCOTICS SECTION, COMMITTEE ON HEALTH EDUCATION. *Summary of the report: The treatment of drug addicts.* Stockholm, 1974.

SWEDISH NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE. *Health and social care for alcoholics in Sweden: problems and future prospects.* Stockholm, 1981.

THE AMERICAN CORRECTIONAL ASSOCIATION. *Drug abuse testing: successful models for treatment and control in correctional programs.* College Park, MD, 1979.

THE PARLIAMENT OF THE COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, SENATE STANDING COMMITTEE ON SOCIAL WELFARE. *Drug problems in Australia: An intoxicated society?* Canberra, 1977.

THE WHITE HOUSE. *New directions in international health cooperation: a report to the President.* Washington, DC, 1978.

THE WHITE HOUSE. *Annual report on the Federal Drug Program, 1980.* Washington, DC, 1980.

UELMAN, G. & HADDOX, V. *Cases, text, and materials on drug abuse and the law.* St Paul, MN, West Publishing Company, 1974.

UNITED KINGDOM, DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY AND THE WELSH OFFICE *The pattern and range of services for problem drinkers: Report by the Advisory Committee on Alcoholism.* London, HMSO, 1980.

UNITED KINGDOM, THE HOME OFFICE, ADVISORY COMMITTEE ON DRUG DEPENDENCE. *The rehabilitation of drug addicts,* London, HMSO, 1968.

UNITED NATIONS. *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961.* New York, 1973.

UNITED NATIONS. *Commentary on the Convention on Psychotropic Substances.* New York, 1976.

UNITED NATIONS CONSULTATIVE GROUP ON NARCOTICS PROBLEMS IN ASIA AND THE FAR EAST. *Bulletin on narcotics,* **17** (2): 39–46 (1965).

UNITED NATIONS, INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. *Report of the International Narcotics Control Board for 1981.* New York, 1981 (document E/INCB/56).

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE. *First special report to the US Congress on alcohol and health.* Rockville, MD, 1971 (DHEW Publication No. (ADM) 74–68).

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE, NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Drug abuse treatment and the criminal justice system: three reports.* Rockville, MD, 1977 (DHEW Publication No. (ADM) 78–575).

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE, NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Research issues 23: International drug use.* Rockville, MD, 1978.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE, NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Criminal justice alternatives for disposition of drug abusing offender cases.* Rockville, MD, 1978 (DHEW Publication No. (ADM) 79–745).

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, PUBLIC HEALTH SERVICE. *Police referral to drug treatment: risks and benefits.* Rockville, MD, 1981.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE, PUBLIC HEALTH SERVICE. *Alcohol and drug abuse in medical education.* Rockville, MD, 1980 (DHEW Publication No. (ADM) 79–891).

UNITED STATES DEPARTMENT OF STATE. *The global legal framework for narcotics and controlled substances.* Washington, DC, 1979.

VAILLE, C. A model law for the application of the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. *Bulletin on narcotics,* **21** (2): 1–12 (1969).

WEISS, P. Narcotics control in Switzerland. *Bulletin on narcotics,* **16** (2): 1–16 (1964).

WESTERMEYER, J. The pro-heroin effects of anti-opium laws in Asia. *Archives of general psychiatry,* **33:** 1135–1139 (1976).

WESTERMEYER, J. Social events and narcotic addiction: The influence of war and law on opium use in Laos. *Addiction behavior,* **3:** 57–61 (1978).

WESTERMEYER, J. & BOURNE, P. A. heroin epidemic in Asia. *American journal of drug and alcohol abuse,* **4** (1): 1–11 (1977).

* * *

صـــدر عـــن
المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية

١ ـــ دليل الأطباء العرب	اعداد المركز
٢ ـــ التنمية الصحية	د. رمسيس عبدالعليم جمعه
٣ ـــ نظم وخدمات المعلومات الطبية	د. شوقي سالم وآخرين
٤ ـــ السرطان المهني	د. جاسم كاظم العجزان
٥ ـــ القانون وعلاج الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات (دراسة مقارنة للقوانين السارية)	د. ك. بورتر وآخرين

مطبوعـات تحـت الطبـع

ـــ الموجز الارشادي عن الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي	د. ر. نيكول ثين ترجمة د. ابراهيم القشلان
ـــ أمراض العين	د. عبدالرزاق السامرائي
ـــ دليل قرارات المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة العرب .	اعداد الأمانة الفنية للمجلس
ـــ دليل المستشفيات والمراكز العلاجية في الوطن العربي .	اعداد المركز
ـــ السرطان ـ أنواعه ـ أسبابه ـ تشخيصه طرق الوقاية والعلاج .	د. عبدالفتاح عطا الله
ـــ زرع الأعضاء بين الحاضر والمستقبل	د. عبدالفتاح عط الله

"ARAB CENTRE FOR MEDICAL LITERATURE"
(ACML)
P.O.Box 5225
Safat 13053
KUWAIT
Tel.: 2416915
2419086
Telex: 44675 KT

* * *

Published by the World Health Organization in 1986 under the title "The Law and Treatment of Drug-and Alcohol-Dependent Persons" in english language.

* * *

The Director-General of the World Health Organization has granted translation rights for an edition in Arabic to the"Arab Centre for Medical Literature", which is solely reponsible for the translation.



ARAB CENTRE FOR MEDICAL LITERATURE

ACML–Kuwait

The Law and the Treatment of Drug and Alcohol-Dependent Persons

A Comparative Study of Existing Legislation

by

L. Porter

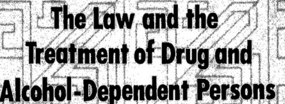
A.E. Arif

W.J. Curran



ARAB CENTRE FOR MEDICAL LITERATURE

ACML–Kuwait



The Law and the Treatment of Drug and Alcohol-Dependent Persons

A Comparative Study of Existing Legislation

by
L. Porter
A.E. Arif
W.J. Curran